NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA — KOCBORÓW — KOŚCIAN — LUBLINIEC — OWIŃSKA — RYBNIK — ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK VII. DZIEKANKA ROK VII

1 9 3 0

REDAKTOR

ALEKSANDER PIOTROWSKI

WSPÓŁPRACOWNICY:

34

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY.

CZCIONKAMI DRUKARNI J. B. LANGE W GNIEŹNIE.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

DZIEKANKA

ROK VII. 1930 KWART. I-II.

Śp.

prof. Dr. med. Rafał Radziwiłłowicz.

W dniu 28 października 1929 roku zmarł na udar serca dyrektor kliniki psychjatrycznej, profesor Uniwersytetu w Wilnie Dr. med. Rafał Radziwiłłowicz. Śmierć zaskoczyła go w drodze do domu, gdy wracał w doróżce z posiedzenia. Rozmawiał jeszcze z doróżkarzem, a gdy ten stanął przed bramą, miał trupa w doróżce. Śp. Rafał Jan Radziwiłłowicz urodził się w roku 1860 w Petersburgu z ojca Dr. Ignacego Radziwiłłowicza i matki Oktawji z Meduniecklch. Ukończył gimnazjum IV państwowe rosyjskie w Warszawie, następnie Uniwersytet Dorpacki, na którym promował na doktora wszech nauk lekarskich na podstawie rozprawy p. t.: „Über Nachweis und Wirkung des Cytisins". Już w uniwersytecie oddał się z zapałem studjom psychjatrji. Po ukończonych studjach był ordynatorem szpitala Św. Mikołaja Cudotwórcy w Petersburgu, pracując pod kierunkiem prof. Czeczota i prof. Mierzejewskiego. Kilkanaście lat później objął posadę ordynatora w Tworkach pod Warszawą. Rozstał się tam ze służbą państwową, nie chcąc przyjąć ofiarowanego Mu orderu rosyjskiego. Odtąd aż do czasu docentury na Uniwersytecie Warszawskim pracuje jako lekarz wolnopraktykujący. Obok psychjatrji praktycznej zajmuje Go psychologja teoretyczna. Swoją karjerę uniwersytecką rozpoczął odczytem „o instynkcie, świadomości i samowiedzy", a zakończył w dniu swojej nagłej śmierci rozprawą „o świadomości". Mocno też świadomie łączył całe życie Swój zawód lekarza i uczonego z obowiązkami obywatelskiemi i społecznemi. Pracował w licznych organizacjach, zaczynając od Towarzystwa Czytelń m. Warszawy aż do

Rady Stanu, służąc dobrą wolą i ochotą do pracy dla kraju. W roku 1918 wstępuje na służbę do ówczesnego Ministerstwa Zdrowia, a po zlikwidowaniu tego urzędu przechodzi do Departamentu Służby Zdrowia, gdzie przebywa do roku 1924-go. W roku 1920, podczas wojny bolszewickiej, wstępuje do wojska polskiego, gdzie pełni obowiązki lekarza wojskowego w randze majora w Szpitalu Wojskowym w Warszawie. Objęcie profesury w Wilnie w Uniwersytecie Stefana Batorego jest ukoronowaniem Jego działalności życiowej i naukowej, którą tylko śmierć w 69-tym roku Jego życia przerwała. Profesor Radziwiłłowicz pozostawił po sobie liczne prace naukowe z psychjatrji i psychologji, rozrzucone po różnych czasopismach lekarskich lub wydane w formie książki, że wymienię tylko następujące: „Psychjatrja sądowa", „Podstawy psychologji", „Myśli o myśleniu", „Niepoczytalność i poczytalność zmniejszona", „Państwowy Urząd Opieki nad psychicznie chorymi", „Metoda psychjatrji" i wiele innych. Ś p. Profesor Radziwiłłowicz od roku pisał „Psychjatrję", ale wykończył tylko kilka rozdziałów, a do innych rozdziałów pozostawił notatki. Kiedy w lipcu 1929 r. śp. prof. Radziwiłłowicz mnie odwiedził i przy tej sposobności omawiał aktualne zagadnienia psychjatryczne, wykazywał tyle żywotności, inicjatywy, energji i zainteresowania dla spraw psychjatrycznych, tyle Sobie stawiał zadań na przyszłość, które pragnął rozwiązać, że trudno było pomyśleć o zbliżającym się końcu Jego owocnej działalności. Było mu jeszcze danem zorganizować wzorowo ostatni Zjazd Psychjatrów w Wilnie. Praca związana z organizacją tego Zjazdu wyczerpała docna Jego siły. Miesiąc po Zjeździe zaskoczyła Go nagła śmierć. Rafał Radziwiłłowicz zajął w historji psychjatrji polskiej zaszczytne miejsce. Była to jednostka pod każdym względem wybitna. Śp. prof. Radziwiłłowicz odznaczał się pięknemi zaletami szlachetnego człowieka, wzorowego obywatela, sumiennego lekarza, doświadczonego psychjatry, światłego męża nauki i gorącego patrjoty. Zasługi Radziwiłłowicza jako psychjatry są fachowcom dobrze znane i wycisnęły swoiste piętno na nowoczesnej psychjatrji polskiej. Gdzie mógł, popierał wszelkie dążności w celach posunięcia naprzód rozwoju tej dziedziny. Był On także współpracownikiem „Nowin Psychjatrycznych" i śledził rozwój czasopisma ze szczerą życzliwością, za co Mu Redakcja niniejszem wyraża uznanie i wdzięczność. Pamięć o Nim będzie u nas zapisana na zawsze złotemi literami.

ALEKSANDER PIOTROWSKI

Prace oryginalne.

O odruchu antagonistycznym wywoływanym drażnieniem pnia nerwu piszczelowego.

Podał EDMUND BOCZKOWSKI (Poznań).

Celem niniejszej pracy jest zapoznanie czytelnika z odruchem patologicznym wywołanym drażnieniem pnia nerwu piszczelowego. Odruch ten należy do typu odruchów antagonistycznych [1]) i pozwala wcześnie rozpoznać i dokładnie ustalić istniejące lub powstające zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym.

Nieraz poważniejsze cierpienia mózgowo-rdzeniowe jak np. nowotwory, krwiaki, ropnie i wiele innych spraw pourazowych lub zapalnych, umiejscowionych w jamie czaszki i kręgosłupa oraz w samym układzie mózgowo-rdzeniowym, wymagają wczesnego zabiegu operacyjnego, jakoteż leczenia specyficznego, konserwatywnego.

W celu należytego rozpoznania i ustalenia umiejscowienia cierpień mózgowo - rdzeniowych nowoczesna obserwacja kliniczna wymaga przeprowadzenia wielu skomplikowanych badań specjalistycznych jak np. badanie dna oka, encephalografji i myelografji, zbadanie czynności wszystkich nerwów mózgowych i rdzeniowych itp.

Badanie czynności ośrodkowego układu nerwowego polega na obserwacji t. zw. łuków odruchowych. Biorąc za wytyczną normalną drogę odruchową szereg wybitnych neurologów i psychjatrów jak Babiński, Bing, Bonhöffer, Gordon, Hirszberg, Mendel-Bechterew, Oppenheim, Piotrowski, Rossolimo, Schaefer i inni już oddawna stwierdzili klinicznie wypadki, w których czynność łuków odruchowych była nieprawidłowa.

Udowodniono, że w wypadkach chorobowych, w których w ośrodkowym układzie nerwowym istniały zmiany chorobowe po-

---

[1]) Odruchy antagonistyczne: Babiński; tarcie podeszwy rękojeścią młoteczka perkusyjnego, ewtl. szybki i energiczny nacisk [illegible] poniżej podstawy palucha — powoduje powolne grzbiet[illegible]

Bonhöffer: uderzenie młoteczkiem perkusyjnym [illegible] podeszwę — powoduje grzbietowe odchylenie palucha.

Bing (odruch paradoksalny): opukiwanie okolicy grzbietowej stawu skokowego pomiędzy kostkami podudzia powoduje podeszwowe zgięcie stopy.

chodzenia organicznego, odruch prawidłowy był zawsze zastąpiony przez odruch nieprawidłowy (antagonistyczny).

Obecność odruchu antagonistycznego może w ten sposób wskazywać na istnienie lub powstawanie w układzie nerwowym ośrodkowym zmian organicznych przyczyniających się do upośledzenia przewodnictwa w szlakach piramidowych.

Zdawałoby się, że dysponując szeregiem typowych odruchów antagonistycznych można każdorazowo za ich pomocą rozpoznać i ustalić dokładnie umiejscowienie schorzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Na podstawie własnych badań klinicznych jednak stwierdziłem, że wspomniane powyżej odruchy patologiczne są zmienne, często nietypowe, trudno wywołalne i naogół niestałe. Niejednokrotnie odruch istniejący w chwili obecnej, szybko znika i nie daje się ponownie wywołać, nawet po upływie dłuższego okresu czasu.

Taki stan rzeczy nieraz utrudnia i powoduje zwłokę w ustaleniu obecności oraz umiejscowienia cierpienia, co w wielu wypadkach chorobowych wymagających zabiegu operacyjnego wpływa ujemnie na przebieg i wynik leczenia.

Zmienność odruchów patologicznych i trudność ich wywoływania zależy od miejsca wywoływania odruchu i zmian chorobowych w kończynie. Wobec tego rozpocząłem poszukiwanie nowego typu odruchu patologicznego, bardziej typowego i stałego, którego wywoływanie następowałoby w łatwo dostępnem i typowem miejscu na kończynie.

W rezultacie przyszedłem do wniosku, że możnaby zamiast

Gordon: mięsienie mięśni łydki — powoduje powolne nadmierne wyprostowanie palucha.

Hirszberg: podrażnienie wewnętrznego brzegu stopy — powoduje przywodzenie stopy wraz z uniesieniem jej brzegu wewnętrznego.

Mendel-Bechterew: opukiwanie młoteczkiem perkusyjnym okolicy 4. i 5. kości śródstopia — powoduje podeszwowe zgięcie palców stopy.

Oppenheim; tarcie lub silny nacisk na piszczel — powoduje powolne grzbietowe odchylenie palucha.

Piotrowski; odruch antagonistyczny — uderzenie młoteczkiem perkusyjnym pomiędzy guzowatością kości piszczelowej a główką strzałki (okolica przyczepu mięśnia piszczelowego przedniego) — powoduje podeszwowe zgięcie stopy.

Rossolimo; uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w poduszeczki palców powoduje odwodzenie ewtl. zgięcie palców stopy.

Schaefer; energiczne ściśnienie pomiędzy palcami ścięgna piętowego — powoduje wyprostowanie palców stopy.

drażnienia końcowych gałązek nerwowych bezpośrednio zadziałać podnietą na odpowiedni pień nerwowy, od którego odchodzą wymienione gałązki.

Zamiast drażnienia gałązek skórnych nerwów podeszwowych przyśrodkowego i bocznego (Babiński, Bonhöffer, Rossolimo, Hirszberg), gałązek skórnych nerwu skórnego łydki przyśrodkowego (Gordon), gałązek okostnowych piszczeli (Oppenheim) itd. — można przenieść działanie podniety bezpośrednio na pień nerwu piszczelowego lub na pień jego większej gałązki, t. zn. na nerw skórny łydki przyśrodkowy.

Zamiast drażnienia gałązek czuciowych nerwu skórnego grzbietowego stopy pośredniego (Mendel-Bechterew), gałązek skórnych nerwów skórnych grzbietowych stopy przyśrodkowego i pośredniego (Bing), gałązek skórnych nerwu skórnego łydki bocznego i gałązek nerwu strzałkowego wspólnego (Piotrowski) itd. — można drażnić bezpośrednio pień nerwu strzałkowego wspólnego.

Wszystkie odruchy antagonistyczne, wywołalne w obrębie kończyny dolnej, mogą być złączone na podstawie powyższego zestawienia w dwie grupy:

zespół odruchów nerwu piszczelowego i zespół odruchów nerwu strzałkowego.

Dla odruchów antagonistycznych należących do zespołu odruchów nerwu piszczelowego charakterystyczną cechą jest *grzbietowe odchylenie palucha,* reszty palców i samej stopy, natomiast przy odruchach antagonistycznych zespołu nerwu strzałkowego zaznacza się *podeszwowe zgięcie palucha,* reszty palców oraz stopy.

Jeżeli jako wytyczną przyjmie się miejsce i sposób wywoływania odruchu patologicznego, wówczas *każdy pojedyńczy odruch można uwzględnić jako samodzielną jednostkę odruchową.* Jeżeli uzależni się odruchy patologiczne od okolicy anatomicznej, zaopatrzonej przez gałązki nerwowe pochodzące od tego samego pnia nerwowego, otrzymuje się wówczas *okolicową jednostkę odruchową,* t. zn. wszystkie odruchy patologiczne tej okolicy będą należały do zespołu odruchów jednego typu i znaczenia.

Dla grupy odruchów *prawidłowych* nerwu piszczelowego jest charakterystycznem zgięcie podeszwowe palucha, palców oraz stopy, a dla grupy *prawidłowych* odruchów nerwu strzałkowego — grzbietowe odchylenie palucha, reszty palców i stopy; natomiast *antagonistyczne* (patologiczne) odruchy z grupy odruchów nerwu piszczelowego

będą się charakteryzowały grzbietowem odchyleniem palucha (także palców i stopy), a dla *antagonicznych* odruchów nerwu strzałkowego wspólnego okaże się typowem podeszwowe zgięcie palucha, palców oraz stopy.

Odruchy nerwu piszczelowego i nerwu strzałkowego mogą być zatem wywoływane z różnych miejsc goleni i stopy oraz różnemi sposobami.

Babiński wywołuje grzbietowe odchylenie palucha, a często reszty palców i stopy, za pomocą pocierania twardym przedmiotem okolicy podeszwy lub szybkim energicznym naciskiem na podeszwę u podstawy palucha. Oppenheim wywołuje ten odruch patologiczny pocieraniem wewnętrznej strony goleni lub naciskiem na piszczel mniejwięcej na granicy środkowej i dolnej 1/3 podudzia. *Gordon* wywołuje nadmierne wyprostne odchylenie palucha za pomocą mięsienia mięśni łydki, a Bonhöffer w celu osiągnięcia tego odchylenia palucha uderza młoteczkiem perkusyjnym w podeszwę. *Schaefer* ściskając energicznie pomiędzy palcami ścięgno piętowe m. trójgłowego łydki; otrzymuje wyprostowanie palców stopy, a *Hirszberg* drażnieniem wewnętrznego brzegu stopy powoduje jego uniesienie wraz z przywodzeniem stopy. Typowy odruch antagonistyczny z grupy odruchów nerwu strzałkowego wywołuje *Piotrowski* uderzeniem młoteczkiem perkusyjnym w okolicę górnego przyczepu mięśnia piszczelowego przedniego, wskutek czego następuje charakterystyczne podeszwowe zgięcie stopy. Zgięcie palców stopy wywołuje *Rossolimo* uderzeniem młoteczkiem perkusyjnym w poduszeczki palców, a *Mendel-Bechterew* opukiwaniem tymże młoteczkiem okolicy 4. i 5. kości śródstopia. *Bing* opukując okolice stawu skokowego od strony grzbietowej pomiędzy kostkami wywołuje w ten sposób swój typowy odruch paradoksalny, cechujący się podeszwowem zgięciem stopy.

W niektórych wypadkach nie udaje się zapomocą powyższych sposobów stwierdzenie upośledzenia sprawności czynnościowej szlaków piramidowych, a jedynie klonus[1]) stopowy, przeważnie stale występujący, wskazuje na schorzenie układu nerwowego ośrodkowego.

Przy uważnej obserwacji takich wypadków stwierdziłem dość typowe odruchy bądź prawidłowe u osobników bez organicznych

---

[1]) **KLONUS STOPOWY**; szybkie i energiczne rozciągnięcie ścięgna piętowego — powoduje krótko lub długo-faliste drżenie stopy w skutek szeregu skurczów mięśnia trójgłowego łydki.

zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, bądź patologiczne (antagonistyczne) — u cierpiących na organiczne schorzenia mózgowe.

Drażniąc mechanicznie niżej opisanym sposobem w dole podkolanowym pnie nerwu piszczelowego i strzałkowego, stwierdziłem niejednokrotnie typowe odruchy prawidłowe i nieprawidłowe, przyczem ostatnie o typie odruchów antagonistycznych zawsze zaznaczały się u cierpiących na schorzenie organiczne ośrodkowego układu nerwowego.

Przy bezpośredniem podrażnieniu *pnia nerwu strzałkowego wspólnego* w dole podkolanowym otrzymałem u osobników zdrowych odruch normalny, t. zn. grzbietowe odchylenie palucha, reszty palców oraz stopy, natomiast u osobników chorych na organiczne zmiany mózgowe — powstawał odruch antagonistyczny, czyli podeszwowe zgięcie palucha, reszty palców oraz stopy. Przy bezpośredniem podrażnieniu *pnia nerwu piszczelowego* w dolnej części dołu podkolanowego otrzymałem u osobników zdrowych podeszwowe zgięcie palucha, reszty palców i stopy, a u osobników ze zmianami organicznemi w ośrodkowym układzie nerwowym — odruch antagonistyczny, t. zn. nadmierne wyprostne odchylenie palucha, niekiedy odchylenie pozostałych palców oraz samej stopy.

Ponieważ odruch antagonistyczny powstający wskutek bezpośredniego podrażnienia *pnia nerwu piszczelowego* wydawał mnie się bardziej typowym i stałym, przeto zwróciłem nań szczególną uwagę i zająłem się jego dokładną obserwacją. Jeśli pień nerwu strzałkowego wspólnego należy w celu bezpośredniego drażnienia mechanicznego szukać przy brzegu dolnego ścięgna mięśnia dwugłowego uda blisko główki strzałki, to pień nerwu piszczelowego należy szukać w dole podkolanowym *bliżej dolnych ścięgien mięśni półbłoniastego i półścięgnistego*. Pień nerwu piszczelowego można jeszcze odnaleźć *pomiędzy brzuśccami mięśnia brzuchatego łydki* oraz *w przyśrodkowym rówku pozakostkowym.*

Na podstawie doświadczeń stwierdziłem, iż najdostępniejszem miejscem dla podrażnienia pnia nerwu piszczelowego jest dolna część dołu podkolanowego; *podnieta skierowana na pień nerwu piszczelowego w postaci nacisku, przy równoczesnem kilkakrotnem przesuwaniu tego nerwu pod palcami, wywołuje w przypadkach patologicznych typowe wyraźne nadmierne wyprostne odchylenie palucha, natomiast u zdrowych osobników powstaje podeszwowe zgięcie palucha.* Niekiedy w ślad za wyprostowaniem lub zgięciem palucha odchyla się w tym samym kierunku reszta palców, a także stopa.

Ilekroć stwierdzałem obecność odruchu antagonistycznego wskutek drażnienia pnia nerwu piszczelowego poza innymi objawami chorobowymi, dalsza obserwacja kliniczna, operacja lub autopsja wykazywały zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym. W celu należytego opanowania sposobu wywoływania tego odruchu zaleca się przypomnienie anatomicznych stosunków okolicy przebiegu nerwu piszczelowego.

Pień nerwu piszczelowego zstępuje (po oddzieleniu się w obrębie dołu podkolanowego od pnia nerwu strzałkowego wspólnego) jako dalszy ciąg nerwu kulszowego w stronę podudzia, w którego okolicy przebiega wraz z tylnemi naczyniami piszczelowemi aż do rówka pozakostkowego przyśrodkowego, leżąc w nim pomiędzy wewnętrzną kostką goleni a guzem kości piętowej. *W obrębie dołu podkolanowego nerw piszczelowy leży dość powierzchownie,* przebiegając we wspólnej pochewce powięziowej wraz z naczyniami dołu podkolanowego.

Nerw piszczelowy leży wraz z naczyniami podkolanowymi na dnie dołu podkolanowego na mięśniu podkolanowym *pomiędzy obu brzuśćcami mięśnia brzuchatego łydki* i jest przykryty przez pochewkę powięziową podkolanowego pęczka naczyniowo-nerwowego, właściwą powięź podkolanową, część podkolanową powięzi wspólnej ciała, podskórną tkankę tłuszczową oraz skórę.

W dolnej części dołu podkolanowego nerw piszczelowy leży w trójkącie, ograniczonym od góry przez linję łączącą nadkłykcie udowe, podczas gdy boki trójkąta tworzą brzegi wewnętrzne obu brzuśćców mięśnia brzuchatego łydki.

Następnie nerw piszczelowy opuszczając wspomniany trójkąt wchodzi wraz z jednoimiennemi naczyniami do głębokiego powięziowego przestworu podudzia, podchodząc wraz z naczyniami pod łuk ścięgnisty mięśnia płaszczkowego. Przed wstąpieniem nerwu piszczelowego do głębokiego przestworu powięziowego podudzia obiega od tego nerwu grubsza gałęź nerwowa, zstępująca ku dołowi pomiędzy brzuśćcami mięśnia brzuchatego łydki jako nerw skórny łydki przyśrodkowy. W rówku pomiędzy brzuśćcami mięśnia brzuchatego łydki powyższą gałązkę można dobrze wyczuć, zwłaszcza przy wiotkich lub słabo rozwiniętych mięśniach podudzia. Po przebiciu powierzchownej listewki powięzi właściwej podudzia, mniejwięcej w połowie podudzia, nerw skórny łydki przyśrodkowy wychodzi z powierzchownego powięziowego przestworu

podudzia i rozdziela się na szereg końcowych gałązek przeznaczonych dla unerwienia skóry na tylnej powierzchni łydki.

W głębokim przestworze powięziowym podudzia przeznaczonym dla leżących w obrębie podudzia głębokich zginaczy stopy i palców, nerw piszczelowy przebiega w kanale mięśniowym utworzonym przez m. długi zginacz palucha, m. długi zginacz palców, m. piszczelowy tylny i m. płaszczkowaty.

Kierunek przebiegu nerwu piszczelowego na podudziu odpowiada linji łączącej środek linji powstałej z połączenia obu kłykci udowych ze środkiem linji łączącej guzowatość kości piętowej z wewnętrzną kostką goleni.

Nerw piszczelowy unerwia ruchowo mięśnie przebiegające przez powierzchowny i głęboki przestwory powięziowe podudzia oraz niektóre mięśnie należące do grupy mięśni okolicy udowej i miednicznej, t. zn. m. półścięgnisty, m. półbłoniasty, m. czworoboczny uda, m. dwugłowy uda (długą głowę), mm. bliźniacze oraz m. zasłonowy wewnętrzny (patrz uwagę). Oprócz gałązek ruchowych nerw piszczelowy wysyła także gałązki czuciowe jak: nerw skórny łydki przyśrodkowy, nn. podeszwowe przyśrodkowy i boczny (końcowe gałązki nerwu piszczelowego), gałązki stawowe okostnowe i naczynioruchowe.

Mechaniczne drażnienie pnia nerwu piszczelowego powoduje w razie prawidłowego działania łuku odruchowego skoordynowany skurcz mm. zginaczy palucha, reszty palców a także stopy, t. zn. nastąpi ich podeszwowe zgięcie. Jeżeli sprawność wspomnianego łuku odruchowego jest upośledzona wskutek przerwania ciągłości fizjologicznej szlaków piramidowych, odruch prawidłowy zostanie zastąpiony przez antagonistyczny odruch patologiczny i zamiast podeszwowego zgięcia palucha, reszty palców oraz stopy, nastąpi ich grzbietowe odchylenie; zamiast skurczu grupy mm. unerwionych przez nerw piszczelowy, następuje wtedy przy jego drażnieniu skurcz grupy mm. unerwionych przez nerw strzałkowy, t. zn. odruch prawidłowy zmienia się na antagonistyczny odruch nieprawidłowy.

Uwaga: Ponieważ nerw piszczelowy unerwia niektóre mięśnie należące do grupy mm. uda i miedniczno-krętarzowych, następuje przy wywoływaniu odruchu przez podrażnienie pnia nerwu piszczelowego (przy objawach nadmiernej pobudliwości układu nerwowego) poza skurczem odpowiedniej grupy mięśni podudzia, stopy i palców także skurcz mm. uda i miednicy, unerwionych przez m. piszczelowy, objawiający się zgięciem kończyny w stawie kolanowym przy **obrocie** kończyny na zewnątrz.

Stopień odchylenia palucha, reszty palców oraz stopy zależy od siły podniety i wrażliwości układu nerwowego. Odruch należy wywoływać w następujący sposób:

> po wyszukaniu za pomocą palpacji pnia nerwu piszczelowego w górnej $^1/_3$ podudzia, w obrębie opisanego trójkąta *pomiędzy obu brzuścami m. brzuchatego łydki, uciska się i równocześnie kilkakrotnie przesuwa się pod palcami drażniony pień nerwu piszczelowego.* Powtarza się to *kilkakrotnie pozwalając, by pień nerwowy prześlizgiwał się pod uciskającymi go palcami*: równocześnie obserwuje się podudzie, stopę i palce. Należy także odwrócić uwagę badanego od wspomnianych czynności i zważać, by badany nie napinał mięśni kończyny.

W niektórych wypadkach, przy silnie rozwiniętych lub napiętych mięśniach, można się ostatecznie ograniczyć do drażnienia, w wyżej podany sposób, nerwu skórnego łydki przyśrodkowego którego pień przebiega w rowku mięśniowym pomiędzy obu brzuścami m. brzuchatego łydki; w ten sposób możemy niekiedy wywołać opisany odruch antagonistyczny palucha.

Drażniąc pień nerwu piszczelowego w dolnej części dołu podkolanowego, należy upewnić się, że nie drażni się pnia nerwu strzałkowego wspólnego, ponieważ możnaby prawidłowy odruch wywołany podrażnieniem pnia nerwu strzałkowego uważać mylnie za odruch antagonistyczny, spowodowany drażnieniem pnia nerwu piszczelowego; również odruch antagonistyczny wywołany drażnieniem pnia nerwu strzałkowego mógłby symulować prawidłowy odruch, spowodowany podrażnieniem pnia nerwu piszczelowego. Zależnie od charakteru zmian organicznych w układzie nerwowym niejednokrotnie stwierdzałem powyżej podany odruch bądź na jednej bądź na obu kończynach dolnych. W niektórych wypadkach chorobowych powyższy odruch antagonistyczny objawiał się *odrazu obustronnie*, jakkolwiek drażnienie pnia nerwu piszczelowego następowało tylko na jednej kończynie.

Opisany odruch antagonistyczny, występujący wskutek mechanicznego drażnienia pnia nerwu piszczelowego, obserwowałem w wielu wypadkach organicznych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego a przytem w wielu cierpieniach pourazowych mózgu i rdzenia.

Prosząc o podanie moich spostrzeżeń dotyczących sposobu wywołania odruchu antagonistycznego nerwu piszczelowego, po-

zwalam sobie wyrazić p. Dr. med. i Dr. fil. Piotrowskiemu, Dyrektorowi Krajowego Szpitala Psychjatrycznego „Dziekanka", serdeczne podziękowanie za cenne naukowe wskazówki.

Literatura:

J. Babinski. Sur le réflexe cutané plantaire. Société de Neurologie de Paris 1907.

R. Bing. Zarys nauki o rozpoznawaniu umiejscowienia zmian w mózgu i rdzeniu kręgowym. Tłum. Warszawa 1924 r.

A. Bochenek. Anatomja człowieka, Kraków 1921 r.

F. Busquet. Traité d'anatomie clinique médicale topographique. Paris 1927.

H. K. Corning. Lehrbuch der topographischen Anatomie. München und Wiesbaden 1920.

G. Dieulafoy. Manuel de pathologie interne. Paris 1904.

Duplay—Rochard—Demoulin. Diagnostique chirurgical. Paris 1921.

W. Dzierżyński. Podręcznik chorób nerwowych. Lwów-Warszawa 1925 r.

F. Lejars. Chirurgie d'Urgence. Paris 1921.

H. Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1923 r.

S. Orłowski. Cierpienia układu nerwowego. Warszawa 1922 r.

R. Pigue. Traité pratique d'anatomie chirurgicale et de médecine operatoire. Paris 1913.

A. Piotrowski. Nowy odruch antagonistyczny. Poznań, Nowiny Lekarskie 1913 r.

P. Poirier et A. Baumgartner. Précis de dissection. Paris 1920.

H. Rouvière. Anatomie humaine descriptive et topographique. Paris 1924.

Seifert — Müller, diagnostyka lekarska kliniczna. Tłum. Warszawa, 1925 r.

L. Testut et O. Jacob. Traité d'anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales. Paris 1922.

L. Testut et O. Jacob, H.Billet. Précis atlas de dissection des régions. Paris 1921.

E. von Bergmann, P. von Bruns und *J. von Mikulicz* — Handbuch der Praktischen Chirurgie — Stuttgart 1903.

Le réflexe antagoniste du nerf tibial.

Par le Dr. E. BOCZKOWSKI.

Les résultats des examens cliniques et anatomiques ont inspiré l'auteur d'appliquer le stimulus au nerf tibial, soit au tronc de sa branche, le nerf cutané médial du mollet de même qu'au tronc du nerf péroné commun.

L'irritation de ces troncs nerveux, dans des altérations organiques du système nerveux central, provoque des réflexes antagonistes.

Le phénomène caractéristique de ces altérations, c'est le réflexe antagoniste qui se manifeste par une déviation dorsale excessive c'est à dire un redressement dorsal du gros orteil par suite de l'irritation mécanique du tronc du nerf tibial.

Pour contrôler cet état de choses on peut admettre que dans les cas où le système nerveux central est normal c'est à dire que son action et sa conductibilité ne sont pas endommagées par des altérations organiques, il se produit au lieu du réflexe antagoniste un réflexe régulier, caractérisé par la flexion plantaire typique du gros orteil à la suite de l'irritation du nerf tibial.

Epidemje psychiczne w historji Żydów.

Szkic historyczny.

Skreślił Dr. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Badając historję narodów, psychopatolog będzie mógł łatwo stwierdzić, że w pewnych warunkach całe narody społeczeństwa podlegają rozstrojowi psychicznemu narówni z poszczególnemi osobnikami. W różnych epokach historji i u różnych narodów panowały epidemje psychiczne, przyczem masowy szał składał się z elementów religijnych, politycznych, socjalnych i ekonomicznych.

Jak u poszczególnej jednostki zewnętrzny objaw psychozy zależy nie tylko od stopnia zachorzenia lecz i od indywidualności chorego — jego światopoglądu, stanowiska społecznego i otoczenia — tak również na nastrojach psychopatologicznych ogarniających władze psychiczne mas, wyciskają właściwe piętno warunki socjalne, otaczające środowisko moralne i t. p. okoliczności zewnętrzne.

Co się tyczy epidemji umysłowych w historji Żydów, to przykuwają naszą uwagę takie właśnie powszechne szaleństwa w których rozstrojona myśl błądziła dookoła mistycznej nadzieji mesjanizmu. Symbol narodowy wiary żydowskiej — mesjanizm, t. j. namiętna wiara w wybawienie i w odrodzenie utraconego ustroju państwowego narodu izraelskiego, wygnanego siłą miecza z historycznego kraju — oto właśnie ów podkład, na tle którego wybuchały tu i owdzie w ciągu tysiącletniego tułactwa religijno — psychiczne epidemje. Wiara w wybawienie dzięki Mesjaszowi powstała u Żydów przedewszystkiem w ponurej epoce wygnania babilońskiego. Ta wpojona właśnie idea jest owocem rozpaczy bezgranicznej: gdy runęła nadzieja na ratunek w drodze naturalnej, wówczas na zmianę jasnych dni niezależności politycznej występuje ponury zmierzch mistycznego marzenia o mesjanizmie. Owa wzmożona tęsknota, której przedmiotem stał się Mesjasz, nałożyła piętno narodowe na epidemje szaleństwa w historji Żydów. Wiara w Mesjasza jako jedyną ostoję stała się organiczną potrzebą duszy żydowskiej.

Wiara w Mesjasza, jako jedyny promień nadzieji na przyszłe wybawienie, bierze początek nie z zimnego rozsądku, lecz z cierpiącego serca: ponury nastrój z epoki wielkiego ucisku i cierpienia uczyniły umysły bardziej skłonne do egzaltacji mesjanistycznej. W takich chwilach beznadziejnej rozpaczy rodzi się z łona narodu entuzjasta, który szczerze ulegając podszeptom serca, głosi, że on właśnie w charakterze proroka Eljasza jako zwiastun Mesjasza powołany został do oswobodzenia narodu od ucisku i cierpień. Obwieszcza on to hasło z najpokorniejszą, ale namiętną wiarą w swe posłannictwo oraz z przekonywającym krasomówstwem. Pod sztandarem jego gromadzą się marzycielskie, histeryczne natury, wzrasta tłum mesjanistycznie wierzących agitatorów, pokornie pochylających głowy przed głosicielem hasła, elektryzującego masy. Do szczerze wierzących zwolenników wygłosiciela nowego hasła przystaje również lekomyślnie obłędny tłum i ci, którzy obawiają się pozostać w tyle, a w ten sposób obłędny „prorok" przyszłej

epoki mesjanistycznej otacza się wielką gromadą ludzi, a podniecony tłum zostaje ogarnięty bredzeniem mesjanistycznem.

Taki jest ścisły zarys patogenezy mesjanistycznych buntów, których naliczyć można 25 w historji Żydów, licząc od I. w. po Chr. aż do początku 18. stulecia.

Za pierwsze mesjanistyczne ruchy narodowe uważamy te które powstały w owym ponurym okresie historycznym, gdy Rzym położył swą drapieżną rękę na małą Judeę, rozdrobioną wskutek niesnasek domowych, i począł rządzić tam, jak w zdobytej prowincji. Wówczas naród o bogatej przeszłości, by zapomnieć o nędznej teraźniejszości, począł opromieniać obrażoną dumę narodową pięknem marzeniem o świetnej przyszłości. I tak gdy ochotnicze oddziały pod dowództwem zelotów z bronią w ręku czyniły rozpaczliwe wysiłki, aby uwolnić się od wstrętnego wroga, mistycznie usposobione osoby dążyły do tego samego celu przy pomocy cudów i widziadeł.

Jako taki „Mesjasz" wystąpił między inn. Symon Cyprjanin, lub Symon Mag, który, zebrawszy do 4000 osób, wierzących weń, zwołał ich na górę Maśniczą, obiecując im cuda, a mianowicie, — że swym oddechem zburzy mury Jerozolimy i pokona żołnierzy rzymskich. Nie był to jedyny psychopata owego czasu, który zyskał zaufanie, przepowiadając cudowne nastąpienie czasów mesjanistycznych. Następnie jako fakt historyczny owej epoki możemy uważać ruch mesjanistyczny w 46 r. p. N. Chr. gdy namiestnikiem Judeji był Kuspria Fad. Wówczas pewien człowiek imieniem Fowda usiłował zrealizować marzenia mesjanistyczne. Zjednał on sobie 400 wierzących, którym przyrzekł na dowód swego mesjanizmu „rozciąć" Jordan i przeprowadzić ich przez niego. Zwolennicy jego podążyli za nim z całem swem mieniem, ale, otoczeni przez oddział konnicy, zostali pobici i wzięci do niewoli. W r. 440 zjawił się na wyspie Krecie psychopata Mojżesz, który pociągnął za sobą wszystkie żydowskie gminy tej wyspy. Liczni zwolennicy do tego stopnia uwierzyli w jego mesjanizm, że zdawszy wszystko na pastwę losu, z żonami i dziećmi skierowali się w umówionym dniu ku brzegom morza, chcąc przedostać się do ziemi Obiecanej. Pewni, że woda rozstąpi się przed nimi, w egzaltacji rzucali się do morza, gdzie, rzecz jasna, wielu z nich utonęło.

W r. 720 ukazał się fałszywy mesjasz w osobie żyda syryjskiego „Sereny". Obiecał on wprowadzić do ziemi Św. żydów po uprzedniem wypędzeniu stamtąd arabów-mahometan. Na jego wezwanie zgłosiło się bardzo wielu żydów z Hiszpanji. Wtrącił

się jednak kalif i położył kres tej chimerze mesjanistycznej. Nie upłynęło 30 lat od tego wystąpienia Sereny, jak w innej miejscowości powstał ruch religijny łącznie z szałem mesjanistycznym. Inicjatorem jego był fanatyk z perskiego miasta Isfaganu — Obaj Abugisa. Obłąkanie jego przejawiło się w okresie zdrowienia od trądu. Anormalność zaś psychiczna wspomnianego wyrażała się w bredzeniu o tem, że jest zwiastunem Mesjasza, że Bóg przemawiał do niego i polecił mu uwolnić synów Izraela z bezecnych rąk narodów i okrutnych monarchów. Zebrał on przeszło 10000 zwolenników. Jako człowiek wojowniczy chciał ten szaleniec wypełnić swą misję uwolnienia żydów siłą. Stanął więc na czele swych zwolenników-żołnierzy. W tym samym czasie, gdy Abugisa z mieczem w ręku głosił nastąpienie czasu mesjanistycznego, w Palestynie, widocznie, niezależnie od niego, powstał również ruch mesjanistyczny. Ukazało się tam świetne apokaliptyczne dzieło, które zapoczątkowuje szereg późniejszych dzieł mistycznych, budzących ufność w szybkie wyzwolenie przy pomocy Mesjasza. Autor owego objawienia oczekiwał nastąpienia królestwa mesjanistycznego w okresie 751 roku. Nadmienić warto, że mistycznie usposobione umysły usiłowały niejednokrotnie na podstawie pewnych zdań z Pisma Św. przepowiedzieć rok przyjścia Mesjasza (po żydowsku „Kec", t. j. obliczenie końca). Podobne przepowiednie posłużyły jako najbliższe bodźce do wybuchu ruchu mesjanistycznego. W początkach 9 w. pod wpływem karaimstwa i innych okoliczności powstało na wschodzie kilka sekt (10) z własną nauką i obrządkami. Naczelnik jednej z tych sekt „judganitów" (od imienia założyciela Judgana) wydawał siebie za proroka-zwiastuna Mesjasza. Jego następcy tak uwierzyli w swego nauczyciela, że po jego śmierci utrzymywali, że zjawi się on jeszcze dla obwieszczenia nowej nauki, a gorliwy uczeń jego Muszka chciał z bronią w ręku narzucić żydom naukę Judgana. W 1160 r. wśród żydów bagdadzkich ukazał się utalentowany, ubiegający się o sławę osobnik o bardzo powabnej powierzchowności, Dawid lub Menachem Alruji. Zwrócił się on z wezwaniem do żydów Azji, że jest powołany przez Boga, aby zwolnić ich od ucisku muzułmanów i wprowadzić do Jerozolimy. Liczni Żydzi, którzy uważali go za poprzednika Mesjasza, przybyli w pewnym czasie z utajoną bronią do miasta Auradji, gdzie się ów prorok urodził. Dwóch agitatorów wśród żydów bagdadzkich pokazało rzekomo własnoręczne listy bohatera, przepowiadające wyzwolenie pewnej nocy. Owi agitatorzy zapewniali,

że oznaczonej nocy wszyscy przelecą z Bagdadu do Jerozolimy, i że w tym celu wszyscy ubrani w zieloną odzież mają wejść na dachy i tam czekać. I, rzeczywiście, w nocy przeznaczonej tłum powyłaził na dachy i niecierpliwie wyczekiwał. Kobiety płakały, dzieci krzyczały i wszyscy w podnieconym stanie robili wysiłki aby się unieść w powietrze; dopiero nad ranem nastąpiło otrzeźwienie. Podają, jakoby Dawid Arruji miał się zgłosić do Sułtana i śmiało powiedzieć mu, że jest cesarzem judejskim. Aresztowany, niewiadomo jakim sposobem uwolnił się z więzienia. Chcąc położyć kres tej epidemji umysłowej, zagrażającej żydom bągdadzkim i innym gminom represjami, przewodniczący gmin usiłowali shańbić bohatera, wyłączając go z synagogi. Menachem Alruji został w końcu zamordowany podczas snu, i w ten sposób położono kres wywolanemu przez niego ruchowi mesjanistycznemu, aczkolwiek jeszcze długo po jego śmierci grupa egzaltowanych adoratorów t. zw. „Menachamistów" przysięgała imieniem fałszywego-Mesjasza Alruji. Psychopata ten Dawid lub Menachem Alruji posłużył znakomitemu dyplomacie angielskiemu Benjaminowi D'Izraeli do powieści p. t. „Alruji".

W roku 1172 zjawił się szaleniec w Jemenie, który głosił, że jest nuncjuszem Mesjasza i nawoływał żydów, by podzielili swe mienia między ubogich i szykowali się do drogi. Wobec tego, że taki szał mesjanistyczny mógł mieć nieobliczalne skutki, więc przedstawiciel gminy Jemeńskiej zasięgnął rady Majmonidesa, wybitnej osobistości wśród żydów ówczesnych. Ten odpowiedział listem, z którego cytujemy ciekawe miejsca w kwestji mesjanizmu. „Określać czasu przyjścia Mesjasza bynajmniej nie należy. Prorok umyślnie otoczył go głęboką tajemnicą. Większą zbrodnią jest określać epokę mesjanistyczną za pomocą bredni astrologicznych. Podobne marzenia mesjanistyczne zawsze przynosiły nieszczęście Izraelowi". Jako przykład przytacza Majmonid, nie licząc już wyżej wspomnianych, fałszywego Mesjasza m. Kordowa 1117 r., m. Feca 1127 r. i Francji 1087 r., którzy doprowadzili do nieszczęścia swych jednowierców. Ciekawą jednak jest wzmianka owego wielkiego myśliciela i uczonego w liście, że w jego rodzinie istnieje tradycja, według której Mesjasz ma się zjawić w 1216 roku. Według objaśnień Garkawi'ego, tradycja o wyzwoleniu Izraela w 1216 r. była bardzo rozpowszechniona w Hiszpanji i Francji, czem tłumaczy się masowe przesiedlenie w owym czasie rabinów francuskich do Palestyny. Mesjasz jemeński agitował w ciągu całego roku. Poddany przez władze badaniu, śmiało potwierdził boskość swej misji, za-

pewniając, że zmartwychwstanie, gdy mu zetną głowę. Nawet po jego śmierci niemało znalazło się adoratorów, którzy naiwnie wierzyli, że on odżyje. W początkach 13 w. powstała nauka mistyczna „Kabała“ i stała się wdzięczną glebą, na której bujnie wyrastały fantazje mesjanistyczne. M. innemi jeden z głównych autorów „Kabały“ — Abulafja (1240-1291), ekscentryczny, pełen szalonych idej i skory do awantur, ten, który usiłował nawrócić papieża Martyna IV-go na wyznanie żydowskie, napisał w swej pracy w r. 1284, że jest Mesjaszem i że Bóg objawił mu przedwiośnie wybawienia mesjanistycznego mającego nastąpić w 1290 roku. Ten fantasta znalazł na Sycylji zwolenników, gotowych wrócić do Ziemi Św. Obłędne ideje tego Mesjasza — psychopaty wywarły zaraźliwy wpływ na jego współczesnych. W tym samym czasie wystąpiło w Hiszpanji trzech „proroków“, którzy przepowiadali bliskie nastąpienie królestwa mesjanistycznego. Jeden z nich, prorok z Awiły, wyznaczył ostatni dzień 4-go miesiąca 1295 r. jako początek wybawienia mesjanistycznego. Lekkomyślny tłum gorliwie szykował się na dzień ten, pościł, hojnie rozdawał jałmużnę, a w oznaczonym dniu, ubrany jak w Sądny Dzień, udał się do Synagogi. Mesjasz, rzecz jasna, nie przyszedł, i wielu z rozpaczy wpadło w stan melancholijny. Kamieniem węgielnym tajnej nauki „Kabały“ jest księga Zogar, autor której Mojżesz de Leon żył w II-ej połowie 13 wieku. Księgę tę stawiono na równi z Biblją i Talmudem, a w pewnej mierze nawet jeczcze wyżej. U mistyków Zogara ośrodkiem nauki były nadzieje mesjanistyczne. 16-ty wiek obfitował wogóle w ruchy mesjanistyczne. W 1502 roku występuje żyd niemiecki Aszer Lemlejn jako zwiastun Mesjasza. Poleca pokutę, biczowanie, pokorę i dobre uczynki. Mesjasz zjawi się według niego za 1-2 lata, przyczem słup ognisty w obłoku poprzedzi przyjście, tak jak to było przy wyjściu żydów z Egiptu. Przepowiednie jego znalazły oddźwięk w Niemczech i Włoszech. Zwolennicy jego zachowywali posty, odmawiali modlitwy i czynili pokutę, przygotowując się do przyjścia cudu, a znamionować przyjście miało zawalenie się kościołów. „Prorok“ nagle zmarł, a rozczarowani jego zwolennicy częściowo przyjęli chrzest.

Nie zważając na bezskuteczność poprzednich ruchów, nadzieje mesjanistyczne nie wygasły w sercach i wkrótce w początkach w 16-go powstaje ruch mesjanistyczny wśród maranów Hiszpanji i Portugalji. Marani byli to żydzi, którzy pozornie przyjęli chrześcijanizm, a potajemnie wyznawali judaizm. Okrutni inkwizytorzy tropili ich i palili ich na stosach. Młoda Maranka lat 15 z Ferery

obwieściła, że Mesjasz przemawiał do niej, wzniósł ją w niebiosa, gdzie widziała, że męczennicy, którzy zginęli na stosach, zasiadali w złotych krzesłach. Marani uwierzyli w tę wieszczkę i gromadzili się koło niej tłumnie. Zwolennicy jej zostali spaleni na stosie na górze Toleco. Jednakże po upływie 20 lat powstał w znaczniejszych rozmiarach ruch mesjanistyczny, a bodźcem posłużyło wystąpienie jakiegoś Dawida Reybeni. Marzyciel ten, wychodźca z dalekiego Wschodu, opanowany wielką namiętnością do przygód i wędrówek przeniósł się w 1524 r. do Wenecji, gdzie podaje się za brata Behaniego cesarza żydowskiego panującego w Arabji nad niezależnemi resztkami starych rodów Rubima i Geda. Tajemniczem i nader ekscentrycznem zachowaniem oraz geograficznemi bajeczkami o odkryciach krajów zjednał sobie ten fanatyk ogólne zaufanie. Reybeni został nawet przyjęty przez papieża Klemensa VII z wielkimi honorami jako poseł obcego państwa. Szalenie śmiały plan Dawida polegał na tem, by przy pomocy wojska izraelickiego uskutecznić pochód przeciw Turcji i zdobyć Ziemię Św. Nareszcie w 1525 r. Reybeni został zaproszony do króla portugalskiego, dokąd też przybył ze sztandarem żydowskim i licznym orszakiem jako książę-władca. Marani Portugalji i Hiszpanji przyjęli go za mesjasza, tłumnie się gromadzili, całowali mu ręce jak swemu monarsze. Znosząc okropne męki ustawicznego strachu, by nie znaleść śmierci na stosie, stracili marani duchową równowagę i wpadli w stan, graniczący z obłędem. Niezrównoważeni, ekscentryczni, uwierzyli że wybiła godzina wykupienia, którego pragnęli z głębi zbolałej duszy, że przybywa niespodziewana pomoc, przedstawiająca się w ich rozgorączkowanej wyobraźni w oślepiającym blasku nowej Jerozolimy. W tym czasie maran z Barcelony występował jako Bóg w 3 postaciach i przepowiadał, że w 3 dni po śmierci zmartwychwstanie. Inkwizycja straciła tego nieszczęśliwca miast odesłać go do szpitala. Fantastyczne plany Dawida Reybeni ponadto rozpłomieniły wyobraźnię egzaltowanego młodzieńca marana Diego Piresa, który przeszedł na judaizm i przyjął imię Salomona Molcho. Miewał on halucynacje, za treść którym służyły ideje mesjanistyczne. Malcho uciekł z Portugalji do Turcji, gdzie uchodził za posłańca Dawida Reybeni. Ten egzaltowany, zdolny, piękny młodzieniec i krasomówca przyciągnął na swą stronę kółko wybitnych osobistości, którym przepowiadał nastąpienie epoki mesjanistycznej w 1540 r. Wydarzenia owego czasu — wzięcie szturmem Rrzymu w 1527 r. przez żołnierzy niemieckich i poniżenie papieża Klemensa VII-go — sprzyjały rozruchom

mesjanistycznym. Ruch mesjanistyczny,ześrodkowany dokoła imion Dawida Reybeni i Salomona Molcho, ogarnął żydów z Azji i Europy, lecz po pewnym czasie nastąpiło otrzeźwienie, gdyż inkwizycja pracowała z dawnem okrucieństwem. Cierpiący na halucynacje Molcho, noszący się z wielkim planem cudownego wyzwolenia Izraela, apelował do papieża i cesarza, jednak zginął na stosie 1533 r. z niezachwianą wiarą w swe wielkie posłannictwo. Dawid Reybeni nie otrzymał cierniowego wieńca męczennika, zginął on w więzieniu po trzechmiesięcznem zamknięciu Kult zaś dla Molcha był tak wielki, że nawet po jego śmierci tworzono dookoła imienia jego różne legendy.

Ostatnia i największa epidemja mesjanistycznego opętania miała miejsce w II-ej połowie 17 w. i jest związana z imieniem Sabataja Cewi. Jako winowajca ruchu mesjanistycznego nadługo podniecił on całe żydostwo. Był to człowiek o pięknej powierzchowności, posiadał czarujący głos, przytem, marzycielski i skłonny do samotności, odznaczał się rzadką na gorącym wschodzie antypatją do współżycia małżeńskiego. 1 i 2 żona rozwiodły się z nim a 3-cia nazywała się „narzeczoną duchową.“. Oddając się ascetycznemu trybowi życia i biczowaniu w celu lepszego zgłębienia „tajnej nauki“ Kabały, fantasta ten już w młodości słynął jako święty. Z natury ekscentryczny, odurzony mistyczną kabałą, Sabataj Cewi w 20-tym roku życia poraz pierwszy ujawniał bredzenie mesjanistyczne młodym swym naśladowcom. Kolegjum rabinatu wyłącza go z synagogi, a kółko psychopatów — jego naśladowców — wypędza go ze Smyrny — rodzinnego miasta Ale tlejąca iskra, mesjanistyczna wybucha jaskrawym, niszczącym płomieniem po upływie lat kilku. Przypadkowe spotkanie się Cewi z mistyfikatorem Abramem Jachyni wzmacnia w nim obłęd jego misji mesjanistycznej, i Sabataj Cewi z jeszcze większą odwagą występuje w roli swej w Salonikach. Rabini i stąd go wypędzają. Po długiej tułaczce w czasie której czy to przypadkowo, czy też rozmyślnie, styka się z wybitnymi autorytetami Kabały mistycznej, przybywa on w 1666 roku do Kairu. W tym właśnie czasie rozbrzmiewało imię dziewczyny ekscentrycznej z Polski — pięknej Sary, która bredziła, że ma zostać żoną Mesjasza, który wkrótce ma się zjawić. Egzaltowana Sara przybywa na wezwanie Sabataja Cewi do Kairu. W rozpustnym trybie życia pięknej Sary, swej „duchowej narzeczonej“, upatruje Sabataj Cewi z właściwą paranoikowi błędną oceną nowy objaw swego mistycznego powołania, bowiem i prorokowi Osji Bóg kazał

wziąć żonę rozpustnicę. Otaczający go szaleńcy prowokowali jego prorocze objawienia. Rozpowszechnili oni wśród masy kult dla jego imienia i przyczynili się do ewolucji rozruchu mesjanistycznego. Nareszcie manifestacja psychozy mesjanistycznej dosięga poziomu wydarzenia światowego w 1666 r. W dniu „Nowego roku“ żydowskiego, publicznie ogłasza siebie Sabataj Cewi w swem rodzinnem mieście przy dźwiękach trąbki z rogu — symbolu przyjścia Mesjasza — Mesjaszem i radujący się tłum wita go z okrzykiem: „Niech żyje nasz cesarz, nasz Mesjasz“.

Szaleństwo ogarnęło wszystkich; starca i młodzieńca, dorosłego i nieletniego. Wpadali oni w szał i w ekstazie wymawiali imię Sabataja Cewi jako istotnego wybawcy. Za każdym razem, gdy w towarzystwie orszaku wychodził na ulicę, tłum śpiewał psalm: „Prawica Boga jest wysoka, prawica Boga robi silnym“. Ludzie zaniedbywali codzienne zajęcia i gotowali się w drogę do ziemi obiecanej. By stać się godnymi tej łaski, ludzie wycieńczali się postem, modlitwą, czuwaniem w nocy, kąpielą w zimnej wodzie dla zmycia swych grzechów. Pogłoski o cudach mesjanistycznych w Smyrnie przedostały się do licznych gmin w Europie, Azji i Afryce. Pogłoski te elektryzowały umysły i wszędzie prawie powtarzały się sceny podobne, jak w Smyrnie, nacechowane uderzającą łatwowiernością, przyjmującą urojenia za niezbity dowód; fantastycznie usposobiony stan umysłu biczowania się, rozdawanie jałmużny, epizodyczne prorocze ekstazy, podczas których opętany obwieszcza potęgę Sabataja Cewi, rychłe wyzwolenie i powrót do Kraju historycznego w blasku byłego majestatu dopełniały reszty. Niekiedy ekstazy przybierały zabarwienie erotyczne. Mężczyźni i kobiety, ogarnięci zapałem mesjanistycznym, wbrew tradycji żydowskiej wirowali w szalonym tańcu i w takim stanie ekstazy mistycznej dokonywały się orgje płciowe. Nie tylko nieokrzesany tłum, lecz również i ludzie oświeceni o filozoficznym umyśle dali się wciągnąć w ten wir. Zaraza psychiczna została przeniesiona i do Amsterdamu, gdzie znajdował się i nauczał tytan ducha-Spinoza, który swym twórczym światopoglądem kruszył wszystkie błędne ideały ludzkie. Ale w owym czasie były głosy rozsądnych ludzi bezsilne i poszczególne osoby, które usiłowały przeciwstawiać się opętaniu mesjanistycznemu, ulegały pośmiewisku, obrazom, a nawet napaściom. Nic też dziwnego, że promieniste myśli Spinozy nie były w stanie rozwiać plątaniny myśli ogarniętych szałem mesjanistycznym mas żydowskich. Ofiarami tego szaleństwa stawali się bardzo poważni

i szanowni członkowie gmin. Do liczby ofiar psychozy zaliczają również bardzo popularnego lekarza lejb-medyka Barucha Nechemissa i wybitnego dyplomatę Izaaka Teksejra, którego osoby koronowane radziły się w b. ważnych sprawach państwowych. Nawet zwolennik filozofji Spinozy Dionizjusz Musafja stał się gorliwym zwolennikiem nowego Mesjasza. Wszyscy ci poważni ludzie uczestniczyli również w tańcach z Torą i innych bzdurstwach mesjanistycznych tak, że można było ich uważać za obłąkanych. Zaraza psychiczna nie ominęła także najmłodszej gminy żydowskiej w Londynie. I tutaj również szerzyły się dziwaczne pogłoski. Opowiadano naprzykład, że w północnej Szkocji ukazał się okręt o jedwabnych żaglach, załoga którego mówiła po żydowsku i że na chorągwi widniał napis: „12 szczepów Izraela". Słowem, wszędzie gdzie żyli żydzi, przedostawała się wieść o Mesjaszu ze Smyrny i wszędzie wywoływała te same szalone zjawiska Sabataj Cewi podzielił cały świat między 26 swoich „apostołów", nadając w swem utopijnem państwie każdemu „władcy-księciu"te lub owe zaszczyty. Następnie przedsięwziął on podróż do Konstantynopola, by odebrać tron sułtanowi. Władze tureckie działały zdecydowanie. Rzekomego Mesjasza po drodze aresztowano i osadzono w dardanelskim zamku tak, że cały z obłędu powstały gmach mesjanistyczny runął. Jednakże rozruchy mesjanistyczne trwały dalej i wiele jeszcze lat upłynęło, zanim znikły resztki opętania mesjanistycznego. Sabataj Cewi umarł w 1676 r. samotnie i opuszczony przez wszystkich, ale echo wywołanego przez niego ruchu dało się jeszcze odczuć w początkach 18. stulecia. Polacy Żydzi, mianowicie Judasz Hasyd i Hajim Małach, założyli sektę o nieskazitelnym ascetycznym trybie życia, by w drodze pokuty przyspieszyć Królestwo Mesjasza. Pod dowództwem tych dwóch następców Sabataja Cewi zebrało się 1500 żydów, którzy udali się do ziemi świętej, by tam oczekiwać przepowiedzianego wyzwolenia. Lecz w 3 dni po przybyciu do Jerozolimy Jehuda Hasyd umarł, a towarzysze podróży rozproszyli się.

Omawiając psychopatologiczne nastroje, które wywoływały ruchy mesjanistyczne, nie można pominąć milczeniem ruchu podobnego do wyżej opisanych, a znanego w historji pod nazwą „Apokaliptyczna 5-ta monarchja" (pierwsze cztery to egipska, perska, grecka i rzymska). Rzecz w tem, że trzydziestoletnia krwawa wojna stworzyła w środowisku chrześcijańskiem, szczególnie wśród purytanów w Anglji, mistyczny nastrój na rzecz mającego nastąpić, przepowiedzianego w księdze Daniela i w apokalipsie epoki mesjanisty-

cznej 1000-letniego państwa świętych, przyczem okropności wojny były jakoby zwiastunami mającego nadejść błogosławionego czasu. Chrześcijańscy marzyciele uważali, że ten ważny przewrót nie może się odbyć bez udziału żydów, którzy, zebrawszy się, mają zawładnąć Ziemię Świętą. Do tych entuzjastów chrześcijan przylgnął rabin amsterdamski Manasja ben Izrael, który przepowiadał przyjście Mesjasza w 1648 r. Purytanie ze znakomitym swym działaczem państwowym Oliwerem Kromwelem na czele, byli wówczas wielbicielami narodu izraelskiego. W podobnych niezwykłych dla żydów dziejach na półwyspie Brytanji, Manasja upatrywał namacalny objaw bliskiego przyjścia Królestwa Mesjasza. Manasja był mile przyjęty w Anglji, gdzie śród chrześcijan znalazł wielu zwolenników swoich wierzeń mesjanistycznych.

W taki sposób tęsknota w ciągu tysiąca lat po Syonie uosobiała się nietylko w czołobitnej modlitwie i w natchnionych psalmach wielkiego poety wieków średnich Jechudy Telewiego, lecz i owych ruchach mesjanistycznych, które psychopatolog zalicza do szeregu powszechnych chorób psychicznych. Winowajcami ruchu widocznie byli typowo pomieszani, cierpiący na pierwotny obłęd (psychoza urojeniowa — Paranoia primaria) lub na degeneratywną psychozę w postaci Paranoia originaria. Absurdalne idee były przyjmowane przedewszystkiem przez degeneratów, t. j. epidemje przejawiały się w postaci psychozy p. t. Folie à deux.

Oddźwięki wpojonej wiary w cudowny ratunek Izraela przez Mesjasza dotarły i do naszych czasów. Lecz poszczególni marzyciele, o ile usiłują zrealizować tę ideę, bynajmniej już nie elektryzują umysłów mas, jak to było dawniej, przeciwnie jako paranoicy zostają świadomie przez otoczenie skierowani do dyspozycji psychjatry.

Les épidémies psychiques dans l'histoire des Juifs.

Par le Dr. A. WIRSZUBSKI, (Wilno.)

Dans diverses époques de l'histoire — des peuples entiers et des masses étaient sujets d'un dérangement psychique pareil à celui des individuels. Ces épidémies là étaient basées sur des

éléments réligieux, politiques, socials et économiques. En ce qui concerne l'épidémie psychique dans l'histoire des Juifs, elle était toujours provoquée par des causes réligieuses: la mentalité dérangée était sous l'influence continuelle de l'espoir mystique du Messianisme. La foi passionnée en la resurrection de l'Etat Israélite par le Sauveur — Messias, provoquait chez les israélites parfois des épidémies réligieuses psychiques. L'aûteur souscite 25 explosions messianistes dans l'histoire des Juifs depuis le I. siècle après J. Ch. jusqu'au XVIII. siècle. Tandis qu'à présent tout est devenu soustreint à la libération miraculeuse de l'Israel par Messias, loin d'électriser la mentalité des masses juives, est vu comme paranoique et adressé comme tel à la disposition d'un spécialiste.

O opiece pozazakładowej ze szczególnem uwzględnieniem stanu jej w Warszawie.

Rzecz wygłoszona na Sekcji Psychjatrycznej XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

Podał: T. ŁAPIŃSKI (Warszawa).

Ilość psychicznie chorych stale wzrasta, według obliczeń niemieckich po 4 % rocznie, tak że w ciągu 25 lat liczba obłąkanych podwoi się, i Warszawa np. będzie miała ich 6000. Zakładów nie przybywa, istniejące są przepełnione. Zubożenie kraju, głód mieszkaniowy, nieustające bezrobocie nie pozwalają trzymać w domu chorych nawet takich, którzy przed wojną pozostawali we własnych rodzinach. Mając ściśle określony teren działania, zakład w zasadzie winien przyjmować wszystkich zgłaszających się psychicznie chorych, oczywiście z zastrzeżeniem, że kierowani oni będą po dokładnym zbadaniu: wypadki lżejsze trafiać będą wprost do opieki rodzinnej. Obłąkany znajdujący się w zakładzie winien być indywidualizowany: po za zwykłemi pawilonami w otwartej części zakładu przewidywać należy pawilony bez służby, dalej domki, gdzieby zaufana służba miała w swojej opiece psychicznie chorych i wdrażała ich do pracy; domki takie mieszczą się na terenie zakładowym w murach i po za murami jego i stanowią wstęp do przechodzenia chorych po za teren zakładu do rodzin swoich i obcych,

pozostając nadal pupilami zakładu. Następny etap to zupełna wolność. Istnieją chorzy, którzy nie nadają się do opieki rodzinnej, dla takich potrzebne jest na terenie zakładowym pomieszczenie bez służby, wstępny etap do przyszłego życia na wolności.

Jedną z najistotniejszych cech dobrego zakładu jest dostępność-łatwość dostania się do niego. Również łatwo w państwach z racjonalnie postawioną opieką psychjatryczną i opuścić szpital. Bez dobrze obmyślanej i prawidłowo zorganizowanej przy zakładzie opieki rodzinnej jest to rzecz nie do wykonania. Na pierwszy rzut oka rzecz wydaje się bardzo prosta, bo cóż łatwiejszego, jak wypisać ze szpitala wszystkich chorych, nie wymagających dalszego pobytu w zakładzie. W rzeczywistości wielu mieszkańców zakładu nie ma gdzie się udać po wypisaniu, a przytem wymaga pomocy materjalnej i nierzadko opieki.

Za przykładem Bleulera powstała literatura o wczesnym wypisywaniu psychicznie chorych. Do niedawna w psychjatrji hołdowano zasadzie, że obłąkany musi pozostawać internowanym aż do ustąpienia zaburzeń psychicznych. Nieliczni tylko psychjatrzy z Bleulerem na czele wskazywali na dobroczynny wpływ wczesnego opuszczenia przez obłąkanych zakładu. Wojna i nędza lat 1917-1922 zmuszała zakłady do wczesnego wypisywania psychicznie chorych. Obecnie sposób ten stosuje się w Niemczech na szeroką skalę, coraz częściej daje się słyszeć zdanie, że długotrwałe internowanie w szpitalu, stosowane lekkomyślnie i bez nagłej potrzeby, ujemnie się odbija na zdrowiu zainteresowanego. Wczesne wypisywanie obłąkanych z zakładu polega na tem, że chory opuszcza zakład po ustąpieniu objawów ostrych pomimo, że nadal trapić go mogą sporadyczne złudzenia, oderwane urojenia, pomimo że pozostał pewien autyzm, zmanierowanie i t. d. Najwięcej nadają się do wczesnego wypisywania schizofrenicy, nie nadają się wcale wypadki psychozy manjakalno - depresyjnej i większość psychoz organicznego pochodzenia. Oczywiście każdy poszczególny wypadek przed opuszczeniem szpitala winien być wszechstronnie rozważony. Początkowo powszechnie obawiano się wczesnego wypisywania; rozpisana w tej sprawie w Niemczech ankieta stwierdziła płonność obaw. W każdem razie pamiętać należy o pewnych ujemnych stronach wczesnego wypisywania i lekkomyślnie do tego środka nie uciekać się. Autorowie niemieccy wielce sobie obiecują od wczesnego wypisywania i nawet widzą w tem radykalny środek na przepełnienie zakładów, oczywiscie z zastrzeżeniem, żeby chorzy

wypisywani byli w zakładzie odpowiednio leczeni i wychowywani, przedewszystkiem zaś, żeby byli wdrażani do systematycznej pracy, wyrabiali u siebie w taki sposób zaufanie w swe siły i poczucie odpowiedzialności za czyny, a po drugie, żeby przy zakładzie istniała racjonalnie zorganizowana opieka rodzinna z fachowo wyszkolonym personelem. Pożądanem jest również, by otaczające władze i społeczeństwo uświadomiło sobie istotę choroby umysłowej.

Wiele rodzin z powodu choroby psychicznej swego żywiciela wpada w nędzę. Dyrektor zakładu winien mieć przeto specjalny fundusz na wspomaganie ozdrowieńców i ich rodzin przynajmniej przez pewien czas. Ułatwia to wielu chorym i ozdrowieńcom egzystowanie na swobodzie.

Rozwój opieki rodzinnej u swoich i obcych ma jeszcze i dlatego duże szanse powodzenia, że wielu z naszych pupili wolą własne najskromniejsze warunki, ale na wolności, niż obszerne, nawet z komfortem urządzone pomieszczenie zakładowe. W Belgji istniały przed wojną zakłady, które w opiece rodzinnej skupiały w swych okolicach setki psychicznie chorych. Istniała opieka rodzinna i w innych państwach, lecz wojna doprowadziła do ruiny te pożyteczne instytucje. Obecnie opieka rodzinna w Niemczech zaczyna rozwijać się na nowo, z tą różnicą, że przeważa umieszczenie chorych za pewną zgóry umówioną opłatą w ich własnych rodzinach, rzecz zupełnie naturalna, gdyż kto, jak nie swoi, powołani są do pomagania i opiekowania się swoimi w nieszczęściu. W razach, gdy rodzina własna wogóle nie nadaje się do opiekowania się psychicznie chorymi, nie ma odpowiedniego mieszkania lub pozostaje bez środków do życia, umieszcza się chorych w rodzinach obcych. Opieka rodzinna może funkcjonować prawidłowo tylko pod zarządem zakładu psychjatrycznego, instytucji której zależy na sprawnem działaniu opieki rodzinnej. Dr. Kolb z Erlangen pracuje na tem polu już 20 lat, obecnie w opiece rodzinnej posiada 3300 chorych psychicznie i anormalnych i zatrudnia w opiece rodzinnej 3 lekarzy, 6 pielęgniarek, 1 urzędnika i szereg sił pomocniczych. Zakład w Erlangen obsługuje teren z 700000 mieszkańcami.

Do opieki rodzinnej u swoich lub obcych nadają się przedewszystkiem chorzy, nie wymagający leczenia zakładowego, którym pobyt w zakładzie jest niepotrzebny i nawet może zaszkodzić; nadają się również do opieki, oczywiście po wszechstronnem zbadaniu, i obłąkani, którym zakład ciąży i którzy na wszelki sposób pragną się z niego wydostać. W takich razach podobnież, jak w wypad-

kach wątpliwych, gdy nie ustalono jeszcze, czy się dany osobnik nadaje do opieki, wskazane jest przydanie choremu oddzielnego pielęgniarza. Wyłączeni są z opieki pozazakładowej chorzy psychicznie zagrażający bezpieczeństwu i moralności publicznej. Krytycznie się odnosić należy do chorych usposobionych erotycznie, takich do opieki pozazakładowej należy kierować z wielką ostrożnością.

Znajdujący się w opiece obłąkany pozostaje nadal pupilem zakładu. Wszelkiemi siłami starać się jednak należy, by opieka trwała jak najkrócej, w każdym razie tylko człowieka zdolnego do pracy można wypuścić z pod opieki rodzinnej i to jedynie takiego, który ma ustalony byt przynajmniej na najbliższą przyszłość i jest ubezpieczony na wypadek choroby lub niedołęstwa. O ile ozdrowieniec dany nie może się obyć bez opieki, starać się należy, by koszta związane z opieką były jaknajmniejsze lub zostały przeniesione na rodzinę chorego.

Znajdujący się pod opieką zakładu w Erlangen chorzy psychicznie i anormalni podzieleni są na następujące kategorje:

I. Chorych zapisanych do Księgi Głównej Zakładu:
   a) znajdujących się w Zakładzie,
   b) przebywających w rodzinach obcych, tacy opłacają mniej więcej połowę kosztów utrzymania w zakładzie,
   c) znajdujących się w rodzinach własnych; opłata pobierana od nich wynosi plus minus 1/3 kosztów zakładowych,
   d) wreszcie takich, którzy w zakładzie nie byli, a zapomogi otrzymują,

II. Pensjonarjuszy, którzy dawniej znajdowali się w zakładzie:
   a) chorych, którzy się dostali do zakładów dobroczynnych z opłatą od 1/2 do 1/3 kosztów zakładowych,
   b) chorych, którzy otrzymali długoterminowy urlop do 6 m. i dostawali zapomogi, i wreszcie
   c) takich z otrzymujących zapomogi, którym urlop się skończył,

III. Obłąkanych i jednostki, którzy nigdy w zakładzie nie byli i z zapomogi korzystają rzadko.

Z tego krótkiego zestawienia widać, że opieka rodzinna i leczenie chorych w zakładzie wzajemnie się dopełniają i stanowią jedną całość. Z opróżnianiem się miejsc szpitalnych i ułatwionym dostępem do zakładu przybywa pracy na oddziałach, samo zaś prowadzenie opieki rodzinnej zwiększa zakres odpowiedzialności

dyrektora zakładu, zwiększa sie również praca biurowa. Wobec tego bez odpowiedniego powiększenia personelu lekarskiego, pielęgniarskiego, biurowego i gospodarczego zorganizowanie i uruchomienie przy zakładzie opieki rodzinnej nie da się uskutecznić. Środki na to winno łożyć państwo, gmina, instytucje uprawnione, wreszcie rodzina chorych.

W Warszawie w r. 1914 z inicjatywy lekarzy szpitala Jana Bożego i przy czynnym ich współudziale ówczesny wydział szpitalnictwa z p. K. Koralewskim, obecnym ławnikiem Wydziału XVII-go, na czele przystąpił do zorganizowania opieki rodzinnej u obcych; były wyznaczone fundusze, był zaangażowany lekarz, którym miał być przedwcześnie zmarły kol. Morawski Juljusz, lecz wojna zniszczyła zamiary, podobnież jak stanęła na przeszkodzie budowie nowego zakładu dla psychicznie chorych mieszkańców Warszawy. W r. 1928 dzięki inicjatywie grona psychjatrów i ludzi dobrej woli powstała przy Warszawskim Towarzystwie Opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi autonomiczna sekcja opieki pozazakładowej, która postawiła sobie za cel roztaczać opiekę nad psychicznie chorymi mieszkańcami Warszawy, znajdującymi się po za murami zakładu, szczególnie zaś nad tymi, którzy znajdują się w ciężkich warunkach materjalnych, jak również nad rodzinami tych chorych, którzy dostali się do szpitala i zostawili swoje rodziny bez środków do życia.

Po przeprowadzeniu prac organizacyjnych i zebraniu ze składek ofiar i koncertu 1518 zł, sekcja we wrześniu r. ubiegłego rozpoczęła swoją działalność rejestracji chorych opuszczających szpital lub też zkądinąd skierowanych do sekcji, i zaangażowała instruktorkę. Odwiedza ona chorych w miarę potrzeby raz i więcej na miesiąc. Odwiedzin jednorazowych dokonała w ciągu roku 442 u mężczyzn i 396 u kobiet, pozatem odwiedzin kilkurazowych dokonała u mężczyzn 147 i 76 u kobiet. Odwiedzając psychicznie chorych, instruktorka poucza otoczenie, jak ma się obchodzić z chorymi, namawia obłąkanych do pracy, bada ich warunki domowe i stan materjalny, kieruje w miarę potrzeby do lekarza, udziela rodzinom informacji, pomaga w miarę możności przy załatwianiu rozmaitych spraw tyczących się chorych i ich rodzin. Sekcja zaś w miarę środków wydaje skromne zasiłki pieniężne na życie, ubranie(rozdano 76 sztuk odzienia), bieliznę (47 sztuk bielizny osobistej), narzędzia pracy, lekarstwa, świadectwa przemysłowe, kaucje dla otrzymania pracy, bilety kąpielowe i. t. d. Pozatem sekcja w miarę

potrzeby wyszukuje potrzebującym pracę, udziela im porad prawnych, w 4 wypadkach interwenjowała w sprawach mieszkaniowych, raz w sprawie ustalenia długu, kilkakrotnie łagodziła niesnaski domowe i t. d. Dzięki staraniom sekcji szereg dzieci umieszczono w rozmaitych zakładach, kilku zniedołężniałych osobników w odpowiednich schroniskach, 10 mężczyzn i 11 kobiet dostało się do zakładów psychjatrycznych zpowrotem.

Przyznanie w listopadzie r. ub. przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej subsydyum za listopad 2500 zł. i 2000 zł. za inne miesiące dało możność sekcji rozszerzyć swoją działalność, tembardziej, iż od kwietnia Wydział XVII wydaje szpitalowi Jana Bożego 1000 zł. miesięcznie na wspomaganie psychicznie chorych, pozostających po za murami zakładu i ich rodzin. W sumie sekcja od 1/IX r. b. rozporządzała 30094 zł. 19 gr, z tego wydano na zapomogi 12430 zł. 83 gr, pensje lekarza i instruktorki wynosiły 6170, kursa dla instruktorek 500, bielizna dla chorych 259 zł. 65 gr, wreszcie inne drobne wydatki 259 zł 60 gr. Pozostałe w kasie 11066 zł. 11 gr. zamierzamy zużyć na wyszukanie lokalu i zorganizowanie w nim pracowni, gdzieby chorzy i chore pozostający bez zajęcia się schodzili i spędzali czas od g. 9 do 5. ej w pracy pod wykwalifikowanym kierunkiem. Pracujący chorzy otrzymywaliby na miejscu śniadanie i obiad, lecz wynalezienie lokalu idzie bardzo opornie już to ze względu na wygórowane odstępne, już to na brak odpowiedniego pomieszczenia. Nie tracimy jednak nadziei, że w końcu dążenia nasze uwieńczone zostaną pomyślnym wynikiem.

W grudniu r. ub. sekcja zorganizowała wykłady dla instruktorek; trwały wykłady do 28 marca r. b. i odbywały się dwa razy tygodniowo; początkowo słuchaczek było 10, lecz z rozpoczęciem praktycznych zajęć w szpitalu Jana Bożego liczba kandydatek spadła do 5. Ogółem wykładów było 30, w tym 4 były poświęcone zasadniczym wiadomościom z anatomji i fizjologji, 4 dotyczyły nauki pielęgnowania psychicznie chorych, reszta zaś odbywała się w szpitalu i była połączona z omawianiem i pokazywaniem 35 przypadków. Rozpatrywano stany zadumowo-szałowe, z schizophrenji i stany katatoniczne, stany paranoidalne związane ze stuporem i stadja końcowe, stany zamroczenia i napady drgawek w epilepsji, porażenie postępujące w rozmaitych stadjach i odmianach, idiotyzm, otępienie starcze, parkinsonizm, psychopatja, alkoholizm i morfinizm, pokazano karmienie zgłębnikiem. Wykłady

powyższe prowadził kol. Dembowski, który od 1-go grudnia jest lekarzem sekcji i jako taki odwiedza chorych, pozostających na opiece sekcji, raz na miesiąc i częściej w miarę potrzeby, poucza otoczenie obchodzenia się z obłąkanymi, udziela im porad u siebie w domu, przepisuje lekarstwa, zwraca uwagę na ich byt, kieruje chorych w miarę potrzeby do szpitali, przytułku, do przychodni przeciwalkoholowych, miejskich ośrodków zdrowia, oraz kwalifikuje kandydatów do zapomóg.

W grudniu ub. r. udzielono porad lekarskich 16, wizytowano w domu chorych 12, korzystało z opieki lekarskiej w tym okresie czasu razem 92 osoby.

1929 r. . Miesiące	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.
Porad lekarskich	30	21	20	27	41	34	40	47
Wizyt „ u chorych . .	35	31	37	40	51	49	47	45
Skierowano do szpitala . . .	4	1	—	1	—	3	6	1
„ „ przytułku . .	1	—	—	—	4	—	1	1
„ „ przychodni . Przeciwalkoholowych . . .	3	—	—	—	—	—	—	—
Było chorych w opiece . , .	32	32	37	44	55	56	57	60

Znaczna część chorych otrzymuje lekarstwa z apteki szpitala Jana Bożego, dotąd wydano do 100 lekarstw.

Naogół należy stwierdzić, że chorzy i ich otoczenie chętnie korzystają z działalności Sekcji; w nielicznych tylko kilku przypadkach chorzy uchylali się od opieki (narkomani, alkoholicy); w jednym przypadku rodzina chorej odnosiła się nieufnie do lekarza, tłumacząc sobie jego odwiedziny osobistem zainteresowaniem się lekarza chorą.

Przy stałym kontakcie z chorymi w ich domu uderza częsta bezczynność chorych, zdolnych, względnie gotowych do zajęcia lub wreszcie dających się nakłonić do pracy — dlatego uruchomienie warsztatów, w których chorzy mogliby spędzać dzień na produktywnej pracy — myśl wzięta już pod uwagę przez Kierownictwo Sekcji- należy uważać za jedno z najlepszych zadań Sekcji.

Również stałe wydawanie kąpieli chorym w Opiece pozazakładowej należy bodaj do konieczności ze względu na często niesłychanie nędzne warunki mieszkaniowe chorych. Większość chorych ocenia kąpiele jako dobrodziejstwo i wielu dopomina się o nie nadal.

Może dało by się w projektowanych warsztatach zainstalować

kilka pryszniców, przez co udostępniłoby się i uprościło mozolną jak dotąd procedurę kąpieli.

W ciągu roku działalności Sekcji było w opiece 66 mężczyzn i 56 kobiet. Każdy chory posiada osobistą książeczkę, gdzie lekarz i instruktorka notują swoje uwagi, oczywiście niektórym chorym książeczek takich się nie pokazuje; pozatem lekarz prowadzi o każdym pupilu kartę szpitalną. Wkrótce wprowadzamy umowy dla rodzin opiekujących się psychicznie chorymi, jednocześnie myślimy o kwestjonarjuszach, gdzieby odbijały się warunki mieszkaniowe, zarobkowe żywnościowe i sposoby spędzania czasu przez chorych. Śród opiekowanych było rzemieślników 42 (28 m. i 14 k.), wyrobników 22 (14 m. i 8 k.), służby domowej 9 kobiet, pracowników umysłowych 11 (6 m. i 5 k.), handlujących 6 (4 m. i 2 k.), uczącej się młodzieży 6 m. i 21 k., pracujących w domu i 5 osób (4 m. i 1 k.) pozostających bez zajęcia. Śród chorych była jedna kobieta prawosławna, 5 osób (2 m. i 3 k.) należało do wyznania mojżeszowego, reszta była rzymsko - katolicka.

Co do rozpoznania było śród nich:

Schizophreniae	25	mężczyzn i	33	kobiet
par. progress.	11	„	2	„
psychopathiae	8	„	6	„
al. chronici	11	„	1	„
epilepsiae	5	„	4	„
hysteriae	—	„	4	„
ps. manj. depr.	—	„	2	„
parkinsonismus	—	„	1	„
pseudo — paralys.	—	„	1	„
paraphreniae	—	„	1	„
amentiae	—	„	1	„
lues cereb. sp.	1	„	—	„
epilepsiae Jack.	1	„	—	„
laesio cer. org.	1	„	—	„
imbecillitatis	1	„	—	„
morphinismus	1	„	—	„
senii praecocis	1	„	—	„

Odeszło z opieki 27 mężczyzn i 31 kobiet. Z tej liczby 10 mężczyzn (4 P. P., 2 sch., 1 epi., 1 al, 1 psych., 1 lues cer. sp.) i 11 kobiet (5 sch., 2 epil., 2 m. dep. 1 p. p., 1 park.) wobec obostrzenia choroby wróciło do Jana Bożego, 1 alkoholik przewlekły skierowany został do zakładu w Gościejewie, jedna kobieta z Schizophrenią dostała się do zakładu w Henrykowie, inni uzyskali zajęcia i prawo do Kasy Chorych i Organizacji Pomocy Lekarskiej (10m. i 16k.),

3 mężczyzn i 3 kobiety wyzdrowiało i zaczęło pracować. W taki sposób na 1 go września pozostawały w opiece pozazakładowej następujące przypadki:

Schizophreniae	16	mężczyzn i	18	kobiet
psychopathiae	5	„	2	„
al. chronici	6	„	1	„
par. progr.	5	„	—	„
epilepsiae	3	„	1	„
epilepsiae Jacksoni	1	„	—	„
paraphreniae	—	„	1	„
amentiae	—	„	1	„
hysteriae	—	„	1	„
imbecillitatis	1	„	—	„
senii praecocis	1	„	—	„
morphinismus	1	„	—	„

Z tego 12 mężczyzn i 16 kobiet pracuje, nie może znaleść zajęcia 10 mężczyzn i 4 kobiety, niezdolni są do pracy 14 mężczyzn i 5 kobiet, wreszcie 3 mężczyzn nie chcą pracować. Gros wzmiankowanych chorych zamieszkuje we własnych rodzinach. Rozpoczęła swoją działalność sekcja od umieszczenia pani G., rekonwalescentki po psychozie manj.-depresyjnej, w rodzinie obcej; po kilku dniach panie poróżniły się, pupilka nasza przeniosła się do innego mieszkania, zkąd bez naszej wiedzy za namową rodziny wyjechała do Częstochowy; wobec tego wycofaliśmy się z opieki. Panią D. wypisaną ze szpitala przez rodzinę po przebytym napadzie psychozy manj.-depresyjnej zajęliśmy się, gdyż pozostawała bez środków do życia, i przez szereg miesięcy wspomagaliśmy; obecnie podejrzewamy ją o uprawianie nierządu i myślimy zrzec się dopomagania. Schizophreniczka D. z żywymi omamami słuchu mieszkała u osób w małym pokoiku, cierpi pozatem na raka obydwóch piersi; po uzyskaniu zgody rodziny ulokowaliśmy ją w szpitalu dla dokonania operacji, płaciliśmy opiekunom 4 zł. dziennie. Z jej opiekunami zerwaliśmy, gdyż stwierdziliśmy u nich nadużycia alkoholu. Wreszcie 4. nasz pupil z mieszkających u ludzi obcych ostatnio uległ obostrzeniu i spędził kilka tygodni w szpitalu. Obecnie znowu mieszka u swej przyjaciółki, której dopłacamy 50 zł mies. 2 kobiety umieściliśmy niedawno u ludzi obcych, płacąc po 150 zł mies. od osoby. Jak sprawa pójdzie — nie wiemy.

Na początku naszej działalności uprzedzono nas, że dawanie zapomóg demoralizować będzie, że pieniądze obracane będą na wódkę, że będziemy wyzyskiwani i t.d. Na szczęście te złowrogie przepowiednie nie ziściły się. Niektórzy psycnjatrzy posuwali się

tak daleko, że kategorycznie powstawali przeciw udzieleniu zapomóg, nie tłomaczyli jednak, na czem ma polegać opieka pozazakładowa, kto będzie ponosić koszta opieki i kto będzie pobierał wynagrodzenie. Czyż zapomoga nie jest zwrotem części kosztów za utrzymanie? Mamy zato szereg innych kłopotów; tak np. epileptyczka P. bez naszej wiedzy i nie należąc jeszcze do opieki, pożyczyła gospodarzom mieszkania, gdzie zamieszkała, 1200 złotych; załatwiliśmy sprawę w ten sposób, że zawiadomiliśmy o wszystkiem komisarjat, że dłużnik wystawił weksel na odpowiednią sumę, chorą zaś wobec coraz częstszych nieporozumień, dochodzących czasami do wystąpień czynnych, zmuszeni byliśmy ulokować z powrotem w szpitalu.

Do 15 Zakładów Psychjatrycznych Rzeczypospolitej Polskiej w kwietniu r. b. napisałem listy w sprawie opieki rodzinnej. Odpowiedziało tylko 9, za co serdecznie im dziękuję. Gdym się spytał ordynatora jednego z milczących zakładów, czy istnieje u nich opieka rodzinna, z całą dobrodusznością odpowiedział „nie wiem, bo od miesiąca korzystam z urlopu", notabene lekarz ów przyjechał do Jana Bożego z prośbą o posadę, twierdząc, że interesuje się psychjatrją i pragnie się jej poświęcić. W zakładzie dla psychicznie chorych w Lublińcu istniała opieka rodzinna u obcych od roku 1905 do 1916 i korzystało z niej około 100 chorych. Na jakich warunkach była ona nawiązywana i jakich rezultatów dosięgła, zakład nie wie, gdyż akta odnośne przechowuje się w Katowicach. Co się stało z opieką rodzinną, która istniała w Kochanówce na terenie zakładowym za czasów, gdy zakładem zarządzał obecny profesor Mazurkiewicz, od miarodajnych czynników dowiedzieć się nie zdołałem. W Kocborowie opieka pozazakładowa istniała przed wojną i obejmowała 150 osób; chorych umieszczono u pielęgniarzy i osób obcych w przyległej wsi Żabnie i mieście Starogrodzie. Jeden z lekarzy zakładu dojeżdżał przynajmniej raz na tydzień do przychodni w Żabnie. Obecnie Kocborów oddaje pacjentów wyłącznie na ręce pielęgniarzy; daje się chorym odzież, bieliznę osobistą i pościelową, łóżko z siennikiem i kocem. Co 2 tygodnie przychodzą chorzy do zakładu dla zmiany bielizny, kąpieli i zważenia się. Chorymi zajmuje się osobna starsza pielęgniarka i lekarz. Rodzinom opiekującym się zakład płaci 3 zł dziennie. Istnieje w opiece 24 osoby. W Dziekance chorzy znajdują się u lekarzy, pielęgniarzy na terenie zakładowym, w Gnieźnie i u okolicznych gospodarzy. Wszystkiego w opiece u obcych znajduje się 23 mężczyzn i 22

kobiet. Płaci zakład 2/3 opłat pobieranych za utrzymanie pacjenta. Pozatem zakład daje ubranie, bieliznę, kąpiele oraz dozór lekarski. Lekarz i starszy personel pielęgniarski kontroluje pacjentów. Najmniej raz na kwartał pacjenci pokazują się dyrektorowi w zakładzie. W rodzinach własnych znajdowało się w r. ub. 190 osobników, pozatem urlopowanych było 59. Pacjenci przeważnie zajęci są na roli. Skargi na złe traktowanie są nadzwyczaj rzadkie. Chorych spokojnych, cieleśnie zniedołężniałych, niepotrzebujących specjalnej opieki zakładowej, a nie mających przytułku we własnej lub obcej rodzinie, Dziekanka lokuje w Schronisku w Śremie, umieszczono tam w roku ubiegłym 13 osób.

Na zakończenie pozwolę sobie zwrócić uwagę Sz. Czytelników na następujące wnioski:

1. Przy każdym zakładzie powstać winna opieka pozazakładowa, gdzieby chorzy pozostający w opiece pracowali.
2. W ośrodkach większych winna powstać pracownia centralna gdzie by chorzy znajdujący się w opiece i pozostający bez pracy schodzili się i pracowali pod odpowiednim kierunkiem;
3. Każdy zakład musi posiadać specjalny fundusz zapomogowy dla wypisujących się i wreszcie
4. Zakład winien wyrabiać w swych okolicach ludzi, którzy by opiekowali się obłąkanymi i umieli odpowiednio z nimi postępować.

Le patronage familial à Varsovie.

Par le Dr. med. T. ŁAPIŃSKI (Varsovie).

Le patronage familial a été organisé à Varsovie en 1928 comme section de la Société de Secours aux aliénés. Il a pour but la tutelle des aliénés qui ont quitté l'hôpital, surtout de ceux qui se trouvent dans des conditions précaires de même que de la famille des aliénés pauvres, hospitalisés dans les maisons de santé.

La section a inauguré son action en septembre 1928 avec un nombre de 15-18 malades. On a engagé une instructrice pour visiter les malades. Celle-ci trace les lignes de conduite envers les

malades, incite à les occuper au travail, procure les sommes nécessaires, distribue les vêtements, les utensils nécessaires aux diverses occupations, donne les remèdes, les billets de bain.

La section se met à la recherche du travail pour les malades, donne des conseils de droit, place les enfants et les vieillards dans les asiles.

On est en train d'organiser un atelier où les malades puissent se réunir et passer une grande partie de la journée depuis 9 jusqu'à 5 heures, sous la direction d'instructeurs spécialistes, et y auraient leur déjeuner et diner.

La section a organisé un cours spécial pour les instructrices, sous la direction d'un médecin qui est en même temps obligé de visiter les malades de la section.

Au courant de l'année 66 hommes et 56 femmes ont bénéficié du secours de la section.

Il est désirable que:

1. Dans les grands milieux des ateliers centraux devraient être organisés;
2. Chaque hôpital ait à sa disposition des sommes d'argent pour les malades pauvres qui quittent l'hôpital;
3. L'hôpital devrait préparer dans son entourage des personnes qui conviennent au soin des aliénés.

Ucieczka do choroby a popęd samozachowawczy.

Podał ROMAN MARKUSZEWICZ (Warszawa).

I.

Jednym z podstawowych mechanizmów powstania histerji jest, w myśl teorji *Freuda*, ucieczka do choroby: dzięki bowiem psychonerwicy człowiek wycofuje się z konfliktów życiowych, zaś przed konfliktami wewnętrznymi broni się objawem, oszczędzając sobie walki wewnętrznej. W ten sposób zyskuje dany osobnik korzyść z choroby i dzięki tej właśnie korzyści tak silnie przywiązuje się do choroby, że leczenie natrafia na silny opór.

Zastanówmy się jednak, czy owa ucieczka do choroby przynosi człowiekowi faktycznie korzyść. Objaw histeryczny jest,

według *Freuda*, zamaskowanem nieświadomem życzeniem seksualnem i dlatego może dawać nieświadomie to zadowolenie, którego w inny sposób osiągnąćby się nie dało. Inaczej natomiast sprawa ta się przedstawi, jeśli uwzględnimy popęd samozachowawczy*): człowiek co prawda unika dzięki histerji konfliktów życiowych, osiąga nieraz dzięki chorobie to, co w sposób inny byłoby niezziszczalne, lecz za to musi znosić te cierpienia, które powodują objawy choroby. *Freud***) sam przyznaje, że człowiek przez chorobę więcej cierpi, aniżeli doznaje ulgi dzięki załatwieniu konfliktu wewnętrznego przez wytworzenie objawu histerycznego. Wobec tego powstaje zagadnienie, czy popęd samozachowawczy, zagrożony przez chorobę, nie przeciwstawia się owej „ucieczce do choroby"? Czyż nie występuje wobec widma choroby walka i konflikt, wynikający z popędu samozachowawczego? Czyż można przypuścić, że instynkt samozachowawczy zupełnie nie reaguje na to dotkliwe i długotrwałe cierpienie, które człowiek dotknięty histerją, niewątpliwie odczuwa?

Zagadnienie powyższe zyska na wyrazistości, jeżeli weźmiemy pod uwagę psychozy***), wobec których szkoła psychoanalityczna zajmuje analogiczne, jak i wobec histerji, stanowisko. Przez psychozę bowiem popęd samozachowawczy jest jeszcze silniej zagrożony, aniżeli przez histerję, i dlatego winniśmy znaleść tutaj wyraźniejsze objawy, wypływające z zaburzenia popędu samozachowawczego.

---

*) Używam terminu „popęd samozachowczy", a nie terminu, wprowadzonego przez *Freuda:* „popędy osobowości" (Ichtriebe) ze względów następujących: *Freud* początkowo przeciwstawiał popędom seksualnym popędy osobowości, które określał, jako psychiczny wyraz dążeń, służących biologicznemu celowi samozachowania („Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse" 1918). Później jednak *Freud* zaliczył do popędów seksualnych również i popęd samozachowawczy („Das Ich und das Es", 1923). Uważam, że zaliczenie przez *Freuda* popędu samozachowawczego do popędów seksualnych nie opiera się na dowodach wystarczających, a pozatem jest w niezgodzie z wyżej wypowiedzianymi poglądami *Freuda,* — wobec czego jestem zdania, że oba te popędy należy badać niezależnie od siebie (por. pracę moją. „O zaburzeniu instynktu samozachowawczego w schizofrenji", Nowiny Psychjatryczne" kwartał III-IV, 1929). Z powyższych więc względów używam terminu „popęd samozachowawczy", zgodnie z ogólnie przyjętemi poglądami biologicznemi.

**) *Freud* „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse", 1918, str. 445.

***) Chociaż ujmuję psychozę jako chorobę organiczną, niemniej jednak uważam, że należy dążyć do zrozumienia jej i z punktu widzenia psychologicznego: zaburzenia bowiem, występujące w przebiegu tego cierpienia, dotyczą zarówno sfery organicznej, jak i psychicznej.

Aby więc otrzymać odpowiedź na powyższe, narzucające się wprost, zagadnienie, — przytoczę następujący przypadek schizofrenji paranoidnej:

Chory, K. P.*), lat 25, wyznania katolickiego, sprowadzony został w r. 1927 przez policję na oddział psychjatryczny dra Wizla z powodu silnego podniecenia na tle psychozy. Z wywiadu od matki chorego dowiedzieliśmy się: przed 3 laty pacjent, wówczas zupełnie zdrowy, wstąpił do wojska celem odbycia powinności wojskowej. K. P. wykonywał swą służbę tak dobrze, że nawet umożliwiono mu wstąpienie do szkoły podoficerskiej. Po 9-miesięcznej służbie w wojsku, nagle w czerwcu 1925 r. zdezerterował, wałęsał się 2 tygodnie w lesie, został schwytany przez policję i osadzony na 4 miesiące w więzieniu. Po odsiedzeniu kary wrócił do wojska, odsłużył parę tygodni, następnie zdezerterował po raz drugi, przyjechał do matki, tłumacząc się, że ponieważ nie chciano mu udzielić urlopu, więc sam go sobie wziął. Na prośbę matki miał wrócić do pułku, lecz znowu wałęsał się, aresztowano go więc i osadzono w więzieniu na 5 miesięcy. Po odsiedzeniu kary skarżył się matce, że w wojsku męczą go, chcą go ukrzyżować jak Chrystusa, dali mu „drugą kategorję żołnierza". Pacjenta znowuż skierowano do pułku, skąd zdezerterował po raz trzeci, przesiedział 3 dni w ogrodzie, gdzie go schwytano i osadzono na trzy miesiące w więzieniu. Po powrocie z więzienia K. P. mówił, że Piłsudski jest jego ojcem i dlatego powinien dawać pieniądze na utrzymanie matki. Miał pretensję do matki, że nie powiedziała mu dotychczas, kim on jest w rzeczywistości. Do pułku nie chciał pójść. W domu awanturował się, rozbijał sprzęty. Miało to miejsce w grudniu 1926 roku. Po 2-ch dniach pobytu w domu, zgłosił się do pułku swojego, gdzie dostał ataku furji. Skierowano go do Ujazdowskiego szpitala, gdzie przebył do Wielkiej Nocy. Został ostatecznie zwolniony z wojska, był następnie w przeciągu 10 tygodni w domu stale w stanie podniecenia, wymyślał na wojsko, mówił, że jest bogiem, że jeśli zechce, to obali cały świat. Z powodu silnego podniecenia w domu policja sprowadziła chorego do naszego szpitala.

Ojciec pacjenta umarł w 1917 roku na tyfus. K. P. był obecny przy śmierci ojca, miał wówczas 14 lat. Ojca kochał. 7-ro

*) Przypadek powyższy obserwowałem na oddziale psychjatrycznym szpitala na Czystem w Warszawie.

dzieci: K. P. jest trzecim dzieckiem z kolei. Był zdolny, grzeczny, dobrze się uczył w szkole; po ukończeniu dwuch klas, matka oddała go na praktykę do fabryki. K. P. chętnie pracował, nie miał urazy do matki, że go zabrała ze szkoły. Przebywał w towarzystwie kolegów, nie używał alkoholu, zarobione pieniądze oddawał matce na utrzymanie. Towarzystwa kobiet nie szukał. Z matką i rodzeństwem żył w dobrych stosunkach.

W rodzinie chorób umysłowych nie było.

Badanie internistyczne, neurologiczne i serologiczne zmian żadnych nie wykazało.

Z wywiadu widzimy, że psychoza rozpoczęła się jeszcze w czerwcu 1925 roku, wówczas, gdy dotychczasowy służbista nagle stał się dezerterem. Ucieczka z wojska nie była więc wyrazem niechęci służenia w wojsku: do K. P. odnoszono się w wojsku dobrze, odznaczano go za wzorowe zachowanie się, — miał on nawet wstąpić do szkoły podoficerskiej. Ta nagła zmiana, jaka wystąpiła w zachowaniu się K. P., została spowodowana przez psychozę, co jest tembardziej pewne, jeżeli uwzględnimy stale powtarzające się dezercje, zachowanie się pacjenta podczas ucieczki, — jak bezcelowe błądzenie po lesie lub ogrodzie, — i wreszcie urojenia wielkościowe. Zasługuje na uwagę, że psychoza ta w początkowym swym okresie, który trwał do 1$^1/_2$ roku, prawie że niczem nie zdradzała się na zewnątrz. Wnioskujemy stąd, że początkowy dość długi okres choroby przebiegał łagodnie: chory był nawet w stanie ukryć objawy chorobowe podczas aresztowania go, dochodzenia sądowego, przebywania w więzieniu, a następnie w wojsku. Ze względu właśnie na ten łagodny przebieg początkowego okresu psychozy — przypadek ten specjalnie nadaje się do wyjaśnienia przeżyć chorego na samym początku choroby, tembardziej, że K. P. i w późniejszym okresie zachował rzadko spotykany w tym rozmiarze wgląd w chorobę. Na pytanie, dlaczego zdezerterował z wojska, K. P. odpowiada:

„Najbardziej chodzi mi o to, że choruję napewno nie z mojej winy. Jeżeli człowieka boli, to nie wie sam, co ma robić. Człowiek taki ma naturę gorszą od zwierzęcia: zrobiłby wszystko, co mu na myśl przyjdzie. W wojsku byłem chory na głowę, nie mogłem chodzić na ćwiczenia, nie mogłem pracować. (Dlaczego nie zameldował tego lekarzowi?) Doktór i tak by mnie nie wyleczył. Trzeba było tylko tego, żebym siedział sam jeden w mieszkaniu. Uciekłem z wojska dlatego, że byłem chory, nie byłem zdolny do

służby wojskowej. Przez chorobę moją nie wiedziałem, co mam robić. Odczuwałem wówczas zaćmienie umysłu i ból w głowie: widziałem przed sobą przedmioty, a myśli plątały mi się w głowie. Chciałem przyjść do przytomności, lecz nie mogłem dać rady moim myślom. Myślałem, gdzie się znajduję, co mam robić. Wszystko przedstawiało mi się nieprzytomnie, jakby we śnie. Było to wszystko dlatego. że byłem chory na głowę. Byłem zły, że jestem chory. Byłem zły na siebie samego. Walczyłem ze sobą, chciałem wyjaśnić swoje myśli: ta walka zjadła mi najwięcej zdrowia! Chciałem ratować się, lecz nie mogłem sobie poradzić. Czułem, że tracę panowanie nad sobą, — i z tego powodu bardzo cierpiałem. Bałem się tej choroby. Obecnie nie boję się już tej choroby (dlaczego?): gdyż ona już siedzi we mnie, wiem, że nie wypędzę jej ze siebie. Będę zdrów wówczas, jeżeli ten świat przestanie istnieć: tak myślę obecnie. Przedtem myślałem, że ta choroba wkrótce przejdzie, lecz siedziałem w więzieniu długo i choroba nie przechodziła. Widzę, że z tej choroby nie wyleczę się: pogodziłem się z losem. Dobrze mi jest samemu. Gdy świat przestanie istnieć, to choroba ta wyjdzie ze mnie (dlaczego?): gdyż wówczas byłaby zupełna cisza, — nic nie byłoby słychać, — i ja wówczas wyzdrowiałbym. Chodzi mi tylko o to, żebym był zdrów."

Powyższe słowa pacjenta naszego zmuszają nas do zwrócenia uwagi na zaburzenie, które dotychczas nie było brane w rachubę przy analizie psychologicznej przypadków zarówno psychozy, jak i psychonerwicy. Ujmując z punktu widzenia psychoanalitycznego chorobę psychiczną, jako zjawisko celowe, przyzwyczailiśmy się widzieć w „ucieczce do choroby" stan psychiczny, w którym chory czuje się w danych warunkach tak dobrze, że nieświadomie nie chce powrotu do zdrowia. Szkoła psychoanalityczna, badając pilnie korzyści, wynikające z choroby, zwraca zbyt mało uwagi na cierpienia, płynące z tejże, o czem i sam *Freud***) wspomina tylko ogólnikowo. Zapewne, ten sposób ujmowania histerji jest bardzo pożyteczny z punktu widzenia praktycznego, psychoterapeutycznego: tkwi w nim bowiem przeświadczenie, że wszelkie skargi i dolegliwości chorego są nieistotne, że choroba nie jest zjawiskiem groźnem, lecz z pewnego punktu widzenia pożądanem. Lecz pomijając te względy praktyczne, powyższe ujmowanie cierpienia psychicznego niezupełnie odpowiada rzeczywistości: nie uwzględnia ono bowiem cierpienia, płynącego z choroby, cierpienia, które ma swe źródło w konflikcie, wynikającym z popędu samozachowawczego. Każda

choroba, a tembardziej psychiczna, która godzi nie tylko w zdrowie, lecz i w możność jednolitego odczuwania i przeżycia, powoduje silną reakcję ze strony popędu samozachowawczego pod postacią wzmożenia tego popędu, co ma na celu usunięcie tego nowego i zakłócającego dotychczasową równowagę zjawiska, jakiem jest choroba. To właśnie zmaganie się popędu samozachowawczego z chorobą widzimy w tych wszystkich bolesnych przeżyciach na początku psychozy, o których opowiedział nam pacjent. „Czułem — powiada — że tracę panowanie nad sobą i z tego powodu bardzo cierpiałem. Bałem się tej choroby". Tą tragiczną walką z chorobą należy objaśnić te wszystkie dziwaczne czyny, parokrotne dezercje z wojska, jakie popełnił K. P. w początkowym okresie psychozy. Zastanawiające jest, że chory nie szukał pomocy u otaczających go ludzi, nie zwrócił się do lekarza wojskowego, co byłoby najsłuszniejsze z naszego punku widzenia. Naodwrót, — pacjent uciekał od ludzi w lasy. Ta ucieczka od ludzi nie może być wyjaśniona żadnymi względami racjonalnymi; sam pacjent nie może objaśnić swego postępowania, stwierdzając tylko, że chciał być sam jeden. Musimy więc przyjąć, że ucieczka ta była wyrazem panicznego lęku przed chorobą, przejawem wzmożonego popędu, nie liczącego się z realnością, — reakcją, jaką ludzie wykazują zazwyczaj w pierwszej chwili w obliczu wielkiego niebezpieczeństwa, bez względu nawet na to, czy ucieczka ta jest celowa czy szkodliwa. Zagadnienie celowości nie kieruje również czynami pacjenta: czując zamęt w głowie — ucieka do lasu od zgiełku i ludzi; chcąc się ratować od grozy choroby umysłowej, — ucieka od świata i ludzi. Ucieka, jak człowiek, nie liczący się z tem, że niebezpieczeństwo tkwi nie poza nim, lecz w nim. Widzimy tutaj stwierdzenie znanego faktu, że wzmożenie popędu samozachowawczego w obliczu grożącego niebezpieczeństwa przejawia się przedewszystkiem w odruchowej ucieczce. Reakcja ta jest najbardziej pierwotna, jak poucza obserwacja nad dziećmi, — później dopiero, w miarę umiejętności tłumienia tego odruchu, występuje bardziej złożony przejaw popędu samozachowawczego pod postacią walki z niebezpieczeństwem. Z początku obserwujemy u naszego pacjenta odruch ucieczki przed chorobą. Odczuwa on chorobę, jako coś nowego, obcego, które weszło w niego i które musi z siebie wypędzić. Ucieka więc od tej choroby, chociaż w rzeczywistości zabiera ją ze sobą — podobnie, jak palący się człowiek znaczy ogniem ślad swej ucieczki. Wreszcie rozgoryczony tą

bezskuteczną walką, wypowiada myśl, że zdrów będzie wówczas, jeśli ten świat przestanie istnieć: „wówczas byłaby zupełna cisza, nic nie byłoby słychać i ja wówczas wyzdrowiałbym.“ Dlaczego chory uzależnia swe uzdrowienie od końca świata? Odpowiedź nie jest tak trudna, jak to się wydaje na pierwszy rzut oka. Zwróćmy uwagę na sposób wyrażania się chorego: „wówczas byłaby zupełna cisza — nic nie byłoby słychać“, — a więc koniec świata utożsamia on z absolutną ciszą, co pacjent specjalnie podkreśla przez powtórzenie tego samego pojęcia. Jest to właśnie ta cisza, która powinna ukoić zgiełk i zamęt, panujący w jego głowie. Lecz i pozatem świat zewnętrzny jest ciągłem memento jego choroby; nie tylko dlatego, że inni ludzie inaczej pojmują i reagują na otaczające ich przedmioty, lecz i dlatego, że i wszystkie te przedmioty i najdrobniejsze fakty otaczającego go życia nakazują mu myślenie, które mu nastręcza trudności, powoduje owo dręczące plątanie się myśli, zaćmienie umysłu, — co tak boleśnie chory odczuwa. Chcąc więc wyzwolić się z tego cierpienia, pacjent pragnie końca świata, gdyż wówczas w otaczającej go absolutnej ciszy i pustce nic nie naruszy jego spokoju. W ten sposób następuje stopniowo przesunięcie punktu ciężkości: wrogiem, z którym dotychczas bezskutecznie walczył nie jest już choroba, lecz świat zewnętrzny, który tę chorobę czyni aktualną. Proces więc biologiczny, jakim jest walka z chorobą, zostaje rzutowany na zewnątrz i staje się konfliktem psychicznym. Dzięki procesowi rzutowania stanowisko pacjenta znacznie się wzmacnia: walczyć bowiem z niebezpieczeństwem zewnętrznem jest łatwiej, niż z chorobą, tkwiącą w samym człowieku. Obecnie, popęd samozachowawczy nie skierowany już jest przeciwko osobowości, lecz przeciwko światu zewnętrznemu: odruch więc ucieczki stopniowo komplikuje się walką ze światem otaczającym, która z punktu widzenia dynamicznego daje znacznie więcej możności do odreagowania napięcia popędu samozachowawczego. I dlatego właśnie pacjent przekonawszy się o tem, że nie usunie ze siebie choroby, godzi się z losem, lecz za to w miejsce świata realnego stwarza sobie świat inny, który, jak się wkrótce przekonamy, dostosowany jest do potrzeb zmobilizowanego popędu samozachowawczego chorego.

II.

Rzutowanie procesu biologicznego na zewnątrz przejawia się we wrogiem ustosunkowaniu chorego do otoczenia. Jak zaznaczy-

liśmy już wyżej, K. P. walczy obecnie nie z chorobą, lecz z ludźmi, którzy go rzekomo tej choroby nabawili. Widzimy to z następujących słów pacjenta:

„Co się dzieje w mojej głowie, tego nikt nie wie. Ludzie nabawili mnie choroby umysłowej i teraz muszę się temu poddawać.“ Nawet przyczynę swych stanów podniecenia również widzi w zachowaniu się otoczenia. Gdy razu pewnego na oddziale był silnie podniecony, wybił szyby, odpowiedział na uwagę moją, żeby zachowywał się spokojnie: „urodziłem się spokojny“, — co oznacza, jak mi wyjaśnił pacjent, że jeżeli nikt nie wyprowadza go z równowagi, to wówczas jest spokojny. Lecz na dalsze pytania nie umiał wyjaśnić mi K. P., kogo mianowicie oskarża. Pacjent bowiem odczuwa, że jest istotnie wytrącony z tej równowagi psychicznej, w jakiej znajdował się przed chorobą, — lecz przyczynę tego stanu widzi nie w sobie, lecz w zachowaniu się otoczenia. Ciekawa jest z tego punktu widzenia odpowiedź chorego na pytanie, jaka jest różnica między karzełkiem a dzieckiem: „karzeł, — mówi K. P., — nie rośnie, gdyż jest wyprowadzony z równowagi, zaś dziecko rośnie“. A więc i przyczynę karłowatości rzutuje pacjent nasz poza osobowość somatyczną karzełka, czyniąc innych ludzi odpowiedzialnymi za tę ułomność.

Uważając, że ludzie zawinili w jego chorobie, K. P. postanawia się zemścić: „albo będę zdrowym, albo będę djabłem, a wówczas będę się mścić na ludziach za to, że jestem chory“. „Gdy zginie ten stary świat, to wówczas powstanie lepszy, nowy świat, gdzie panuje sprawiedliwość i dobroć. Mógłbym stworzyć nowy świat, lecz tylko dla siebie. Ludzie powinni być dobrzy, lecz są źli. Ludzie nie chcą być dobrymi, gdyż zanadto rozbijają się na świecie. Ludzie postępują bezkarnie.“

Wrogi stosunek pacjenta do otoczenia spotęgowany został przez przeżycia jego w więzieniu. Należy jednak zaznaczyć, że pobyt swój w więzieniu K. P. zrozumiał nie tyle, jako karę za dezercję, ile jako nowy dowód nikczemności ludzi, czem stara się usprawiedliwić swój pełen nienawiści stosunek do otoczenia:

„Uciekłem z wojska dlatego, że nie chciałem mieć styczności z ludźmi. Gdy mnie odszukali, to wolałem siedzieć w więzieniu, gdyż w więzieniu można lepiej poznać życie. Wówczas człowiek cierpi, śpi w brudzie, z robactwem, musi pracować, — i może dużo poznać: poznaje ludzi, czy są dobrzy, czy źli. Poznałem ludzi dopiero w więzieniu, — i poznałem wówczas, że ludzie są

gorsi, niż zwierzęta. Przekonałem się o tem także w wojsku, lecz oczy mi się otworzyły na podłość ludzką dopiero w więzieniu. Doświadczyłem tego na sobie. Postępowali tam gorzej ze mną niż ze zwierzęciem: może im się wydawało, że postępowali ze mną po chrześcijańsku, lecz tak nie było. Najlepiej byłoby, gdyby mi w łeb strzelili; wówczas obrałbym sobie nowe życie ziemskie. Byłbym djabłem, a wtedy nie potrzebowałbym się o nic troszczyć i miałbym wszystko, co bym zechciał. A gdybym tylko spojrzał na człowieka, to człowiek umarłby. Robiłbym, co bym zechciał: wydusiłbym wszystkich ludzi, gdyż za co ja tutaj (t. j. w szpitalu) siedzę. Jedno życie przykrzy się: można obrać sobie inne życie. Można żyć w powietrzu, fruwać, można żyć wśród lasów, lub w zamku, można mieć dużo złota, — różnie można żyć. Mógłbym mieć parę żon. *Jeżeli tylko będę mieć wszystko, co mi jest potrzebne, to wówczas nie będę się mścić na ludziach* (podkreślenie moje). Tylko wówczas, gdy nie będzie innego wyjścia, wtedy stanę się djabłem. Przedtem lubiłem ludzi, lecz wyszło z tego tylko to, że siedziałem ciągle po kryminałach. (Dlaczego zdezerterował?): lecz najbardziej chodzi mi o to, że choruję napewno nie z mojej winy."

Zastanawiające jest twierdzenie pacjenta, że on „wolał siedzieć w więzieniu, gdyż w więzieniu można lepiej poznać życie." Czyż nie dlatego chciał on poznać ludzi z celi więziennej, że to poznanie najbardziej usprawiedliwiało jego wrogie ustosunkowanie się do ludzi, jako do tych, którzy nabawili go choroby umysłowej? Widzimy w tem racjonalizację rzutowania konfliktu biologicznego na otoczenie. Pacjent nasz wyznał innym razem: „Dla chorego człowieka najładniejszy świat wydaje się brzydki. Widzi pan np. coś ładnego, a wewnątrz boli, — więc jest pan zły i dlatego wszystko wydaje się brzydkie." A więc pacjent w chwili przebłysku świadomości rozumie, że nie świat otaczający, lecz choroba powoduje cierpienie. Jest to jednak tylko krótka chwila zdania sobie sprawy z istotnego stanu rzeczy. Naogół pacjent jest głęboko przekonany, że to ludzie nabawili go choroby umysłowej i dlatego nienawidzi ludzi, z powodu których zmobilizowany popęd samozachowawczy walczy bezskutecznie celem usunięcia niebezpieczeństwa, zagrażającego zdrowiu. Podobnie jak przedtem walczył z chorobą — obecnie kieruje całą energję wzmożonego popędu samozachowawczego pod postacią nienawiści przeciwko ludziom, rzekomym sprawcom jego cierpień. Nie tylko przeżycia w więzieniu, lecz i pobyt swój w wojsku stara się pacjent przedstawić

w jaknajgorszym świetle, aby usprawiedliwić swą nienawiść do otoczenia. Wiemy jednak, że do wystąpienia psychozy pacjentowi powodziło się w wojsku bardzo dobrze, umożliwiono mu nawet wstąpienie do szkoły podoficerskiej. Uczucie więc nienawiści nie jest spowodowane istotnemi przeżyciami, lecz jest wyrazem patologicznie wzmożonego popędu samozachowawczego, który nie mogąc znaleźć ujścia w walce z chorobą, rzutowany został na tych, którzy tę chorobę aktualizowali.

Niepostrzeżenie dla siebie przyszliśmy do wniosku, który wymaga głębszego zastanowienia. Ujęcie bowiem nienawiści, jako uczucia wtórnego, płynącego ze wzmożonego popędu samozachowawczego, jest w niezgodzie z dotychczas przyjmowanym poglądem na nienawiść. Nie chciałbym w pracy, poświęconej innemu zagadnieniu, omawiać dokładniej tego tak ważnego problematu. Ze względu jednak na to, że uczucie nienawiści nie zostało dotychczas przez psychoanalizę dostatecznie oświetlone, chciałbym, opierając się na analizie naszego przypadku, bodaj zbliżyć się do bardziej konkretnego ujęcia genezy tego tak ważnego przejawu psychicznego.

Freud niejednokrotnie przeciwstawia nienawiść miłości, widząc w tych dwuch uczuciach przejaw dwubiegunowości natury ludzkiej. Ujęcie nienawiści, jako popędu, odpowiada przyjętym naogół poglądom, które jednak nie są dostatecznie uzasadnione. Dopiero *Freud* w pracy swej „Das Ich und das Es" (1923) nieco bliżej zajmuje się zagadnieniem nienawiści. *Freud* wyodrębnia bowiem dwa zasadniczo różniące się popędy: popędy seksualne, do których zalicza również i instynkt samozachowawczy, — i „popęd śmierci" („Todestrieb"). „Popęd śmierci" przejawia się nazewnątrz jako popęd destrukcji, „któremu nienawiść toruje drogę" (str. 52).

W ten sposób *Freud* ujmuje nienawiść, jako wyraz popędu śmierci, który ma za zadanie obrócić w stan niebytu wszystko, co żyje.

Wysuwając hypotezy o tak zasadniczem znaczeniu, *Freud* jednak w cytowanej wyżej pracy nie uzasadnia dostatecznie, dlaczego zalicza popęd samozachowawczy do instynktu seksualnego, zarówno jak i nie motywuje egzystencji „popędu śmierci". Analogja bowiem biologiczna jak budowa i odbudowa protoplazmy, czego odpowiednikiem ma być eros i „popęd śmierci", chociaż imponuje śmiałością rzutu myśli, nie przekonuje jednak o konieczności supozycji egzystencji „popędu śmierci", a więc popędu o charakterze

wybitnie antybiologicznym. Zdaniem mojem, psychoanaliza, która dała nauce wspaniałą teorję libido i umożliwiła dzięki temu zrozumienie znaczenia popędu seksualnego, zawodzi niestety, jeśli wtłacza w ramy teorji libido przejawy psychiczne, płynące z popędu nie seksualnego, lecz samozachowawczego. Dzieje się to nie tylko ze szkodą dla poznania znaczenia psychologicznego popędu samozachowawczego, które dotychczas leży odłogiem, lecz powoduje zagmatwanie teorji libido, która w swem klasycznem ujęciu przez *Freuda* jest trwałem wzbogaceniem nauki. I dlatego bez jakichkolwiek bądź uprzedzeń lub zgóry powziętych teoryj, winniśmy zwrócić się do analizowanego przez nas przypadku, który w sposób wyjątkowo przejrzysty wskazuje nam, że genezy nienawiści należy doszukiwać się raczej we wzmożonym popędzie samozachowawczym. Od napięcia bowiem popędu tego uzależnione jest przejawienie się nienawiści. Chory, który marzy o tem, żeby wydusić wszystkich ludzi, który chciałby wzrokiem swoim, wszechmocą myśli zabijać, — wyznaje: „jeżeli tylko będę mieć wszystko, co mi jest potrzebne, to wówczas nie będę się mścić na ludziach"... „Przedtem lubiłem ludzi, lecz wyszło z tego tylko to, że siedziałem ciągle po kryminałach... Lecz najbardziej chodzi mi o to, że choruję napewno nie z mojej winy." A więc nienawiść naszego chorego nie jest uczuciem pierwotnem, lecz tylko reakcją wzmożonego popędu samozachowawczego, który nie mogąc usunąć choroby, pragnie zniszczyć ludzi, świat, — to wszystko, co aktualizuje chorobę umysłową. Zrozumiałe wydaje się bowiem, że gdyby nastąpił ten upragniony przez pacjenta koniec świata, — wówczas choroba K. P. przynajmniej w jego osobistem odczuciu nie nastręczałaby mu tych cierpień i konfliktów, jak to się dzieje obecnie. — Nienawiść chory odczuwa tak długo tylko, jak długo zagrożony jest przez chorobę. Z chwilą, gdy będzie miał wszystko, co jest mu nieodzowne do życia, — wówczas — jak mówi K. P., nienawiść ustąpi miejsca miłości do ludzi.

Temi prostemi słowami chory nasz wskazuje na istotne źródło nienawiści, tego najsilniejszego bicza ludzkości. Nie należy więc doszukiwać się przyczyny nienawiści ani w różnicach rasowych, ani klasowych. Są to sztuczne fikcje, obliczone tylko na to, ażeby wzmagać instynkt samozachowawczy poszczególnych ugrupowań ludzi. Należy więc unikać sztucznego wzmożenia popędu samozachowawczego, — gdyż, jak przekonaliśmy się obecnie, wzmożony ten popęd przejawia się pod postacią nienawiści.

Przypadek nasz nadaje się również do wyjaśnienia, jak bardzo nieproduktywne jest uczucie nienawiści, jako postać odreagowania wzmożonego popędu samozachowawszego. Nienawiść bowiem, skierowana, jak u naszego chorego, przeciwko wszystkim ludziom i całemu światu, nie daje możności odreagowania tej spiętrzonej energji psychicznej, a wobec tego obraca się przeciwko osobnikowi, t. j. powraca tam, skąd wyszła. Spotęgowana nienawiść, nie mająca możności wyładowania się na objektach świata zewnętrznego, traktuje osobowość danego człowieka również jako objekt i na ten właśnie najbliższy objekt kieruje się uczucie nienawiści. Widzimy to z następujących słów pacjenta:

„Chcę zniszczyć moje ciało, chcę się zastrzelić, — gdyż wówczas będę mógł myśleć o nowym lepszym świecie. Po co mi to ciało? Muszę tylko pracować i jeść, — i w dodatku pod ciągłym przymusem innych ludzi. Mogę pracować, lecz z własnej woli. Na tem świecie ten ma rację, kto jest silniejszy. Więc ja jestem najsilniejszy, i jeżeli przyjdzie do walki, to ja się zemszczę na wszystkich ludziach, zgniotę ich w garści. Dlaczego do mnie przychodzi policja i aresztuje mnie? Dlaczego trzymają mnie tutaj pod kluczem? Co ja komu złego zrobiłem, że niszczę czasami coś w domu? Przedmioty te nie należą do policji, lecz do matki. Mnie tutaj robią za głupiego. Ja nic złego nie zrobiłem, a ludzie włóczą mnie po różnych szpitalach i ciągle trzymają pod kluczem." I innym razem mówi nam chory: „Nie potrzebuję pracować, gdyż mogę z niczego coś stworzyć... Pana Boga ludzie nie powinni tak wozić po różnych szpitalach i męczyć... Gdy ja byłem bogiem, to ludzi jeszcze nie było: wówczas było mi bardzo dobrze, gdyż nie było ludzi. Ja chciałem lubić ludzi, lecz ludzie mnie nie lubią, i dlatego obecnie nie chcę ludzi. Stworzę sobie inny świat bez ludzi albo będzie tam mało ludzi i będą to tacy ludzie, którzy nie będą mi robić krzywdy, ani ja im".

Słowa powyższe chorego wskazują nam wyraźnie po raz wtóry, że nienawiść do ludzi wypływa z zagrożonego popędu samozachowawczego. K. P. bowiem gotów jest kochać ludzi, byle tylko jemu nie działa się krzywda. Nie będąc natomiast w stanie odreagować uczucia nienawiści w realności, skierowuje nienawiść przeciwko własnemu ciału: ono jest bowiem tym dostępnym dla otaczającego świata objektem, na który ludzie wywierają swój ujemny — w myśl wyobrażeń chorego — wpływ. Ciało więc jego właśnie nie pozwala mu usunąć się zupełnie od wrogich poczynań ludzi, —

a wobec tego, że K. P. nie jest w stanie zniweczyć tego ujemnego wpływu ludzi przez ich wymordowanie, chce zniszczyć własne ciało, jako ten jedynie jeszcze pozostały łącznik z materjalnym światem. W ten sposób chory, broniąc się rozpaczliwie przed rzekomą agresją otaczającego go świata, kieruje swą nienawiść przeciwko własnemu ciału. Nie powinno nas wobec tego dziwić, że patologicznie wzmożony popęd samozachowawczy, zamiast korzyści, wyrządza osobnikowi krzywdę: popęd ten bowiem, o ile jest patologicznie wzmożony, jest równie niebezpieczny dla osobnika, jak i spotęgowany instynkt seksualny. Na fakt ten będziemy zwracać jeszcze niejednokrotnie uwagę.

Lecz przedtem, zanim przejdziemy do dalszej analizy naszego przypadku, należy podkreślić jeszcze jeden fakt, wypływający ze słów powyższych chorego. Stwierdziliśmy bowiem, że wzmożony popęd samozachowawczy, nie mając innego ujścia, skierowuje się pod postacią nienawiści przeciwko własnemu ciału. Ażeby uczynić ten mechanizm bardziej prawdopodobnym, wskażę chociażby na zjawisko wojny, na jedno z najbardziej rozpowszechnionych haseł; si vis pacem, para bellum. I tutaj bowiem widzimy, że ten, kto chce się zbytnio uchronić przed często urojoną tylko agresją przeciwnika, — a więc jeśli posiada wzmożony instynkt samozachowawczy, — nierzadko pada ofiarą tegoż popędu. Zamiast pokoju, — prowokuje wojnę, w miejsce zabezpieczenia życia obywateli — powoduje ich śmierć, prowadzi w ten sposób państwo nie do jego rozwoju, lecz do zguby.

Lecz dla nas mechanizm ten zasługuje na uwagę jeszcze z jednego względu. Wskazuje nam bowiem na niezależność popędu samozachowawczego od narcyzmu. Jeżeli dla nie-psychoanalityka egzystencja popędu samozachowawczego nie ulega najmniejszej wątpliwości, to freudysta chętnie będzie się dopatrywać w instynkcie tym przejawów narcyzmu.

Dyskusja na temat ten, tak ważny dla psychoanalizy, wymaga specjalnej pracy. Tutaj wskażę tylko na to, że owa tak silnie wypowiedziana przez naszego chorego nienawiść do własnego ciała przeczy stanowczo narcyzmowi, nie da się wyprowadzić na podstawie faktycznego materjału z sadyzmu, wzgl. masochizmu, — lecz w sposób najbardziej przekonywujący wypływa z zagrożonego popędu samozachowawczego. Zapewne, przez to bynajmniej nie chcę powiedzieć, że chory nasz zupełnie nie wykazuje narcyzmu; o tem będziemy mówić na innem miejscu. Staram się tylko udowodnić,

że ujęcie pewnych przejawów życia psychicznego, jako pochodnych popędu samozachowawczego, pozwala nam je nietylko dokładnie zrozumieć, lecz i pozostać w większej zgodzie z materjałem faktycznym, niż gdybyśmy suponowali przejawy narcyzmu, wzgl. sadyzmu tam, gdzie nie chodzi o osiągnięcie rozkoszy zmysłowej, lecz o obronę najżywotniejszych interesów człowieka.

III.

Stwierdziliśmy, że chory nasz, walcząc z otaczającym go światem, posługuje się uczuciem nienawiści, lecz nie jest w stanie odreagować w ten sposób wzmożonego popędu samozachowawczego, gdyż nienawiść obraca się w końcu przeciwko jego własnej osobowości. Czując się więc w dalszym ciągu zagrożonym, w poczuciu swej bezsilności ucieka się do urojenia, że Piłsudski jest jego ojcem. Urojenie to najbardziej odpowiada przeżyciom chorego w czasie służby wojskowej; tak wysokie pokrewieństwo bowiem znacznie wzmocniłoby zachwianą sytuację jego w wojsku. Z bardzo licznych wynurzeń chorego na ten temat, przytoczę tylko fragmenty najbardziej istotne:

„Piłsudski, — twierdzi chory, — nosił to samo nazwisko, co ja, lecz Francja nazwała go Piłsudskim. Piłsudski był moim ojcem. Od lat dziecięcych mieszkałem z nim razem, czasami kropił mnie pasem, lecz zły na niego nie byłem".

„Karol P. (ojciec chorego) wówczas, gdy umarł pozornie, przyjął nazwisko Józef Piłsudski. Karol P. trochę się przeziębił, udawał, że umiera, zawieźli go na cmentarz, lecz czy pochowali, — tego nie wiem. To oszustwo było robione celowo dla korzyści ogółu."

„Chciałbym, żeby Piłsudski przyszedł odwiedzić mnie w szpitalu, gdyż wówczas dopomógłby mi (śmieje się). Już otrzymałem od Piłsudskiego w szpitalu (wojskowym) zaświadczenie o 50%-owej utracie zdrowia. (Czy nie lekarz dał mu to zaświadczenie?): nie, Piłsudski. Piłsudski był moim doktorem. Piłsudski w szpitalu badał i innych chorych, lecz leczył przedewszystkiem mnie jednego."

„Gdy wypiszę się ze szpitala, to zwrócę się do Piłsudskiego z prośbą o jakieś zajęcie. Piłsudski jest moim przyjacielem, nie ojcem. Był przedtem ojcem, gdy byłem mały, gdy miałem 12 lat.

Później, gdy podrosłem, to mogłem się obejść bez Piłsudskiego, który zostawił mnie pod opieką matki, a sam przeniósł się do Warszawy. Gdy byłem mały, to musiałem mieć lepszą opiekę i dlatego Piłsudski był moim ojcem."

„Gdyby Piłsudski mną się opiekował, to bym tyle czasu nie siedział w więzieniu. (Dlaczego Piłsudski nie opiekował się nim?): może nie mógł lub nie chciał się mną opiekować. Obecnie Piłsudski jest moim przyjacielem, a nie ojcem, gdyż gdy został Piłsudskim, to przestał się mną opiekować."

Nieco później chory skarży się:

„Może Piłsudski nie chce już mnie jako syna, więc nie chcę się napraszać. Piłsudski miałby może kłopot ze mną. Ojciec powinien dopomóc synowi, zaś Piłsudski mi nie pomaga."

(Dlaczego mówił, że Piłsudski jest jego ojcem?): „gdyż chciałem mieć dobrego protektora, lecz źle mi się tutaj wiedzie. Myślę stąd uciec. Tutaj bedę tak długo, aż umrę. Lecz ja potrafię żyć 100 lat. Chciałbym żyć tak długo, żebym się nażył. A może jeszcze dłużej będę żyć, jeżeli dostanę się do moich stron: tam niczego mi nie będzie brakowało. Znajdzie się tam powietrze i wolna przestrzeń. (Do miłości nie tęskni?): nie tęskniłem i nie tęsknię. Za stary jestem. (Miłość do kobiety?): to już przeszło. Miałem stosunki z kobietami, lecz nie zależy mi na tem."

Z przytoczonych fragmentów, które mógłbym pomnożyć, wynika z całą pewnością, że urojenie wielkości, iż jest synem Piłsudskiego, wypływa z dążności do zabezpieczenia się w walce z otaczającym go światem. Wzmożony popęd samozachowawczy chorego szuka najpewniejszego oparcia, — i znajduje je ze względu na przeżycia w wojsku w opatrznościowej postaci Piłsudskiego. Możemy zatem powiedzieć, że urojenie to jest symbolicznem rzutowaniem nazewnątrz i jednocześnie miarą wzmożonego popędu samozachowawczego chorego. Pacjent nasz jednak nie poprzestał na tem urojeniu. W miarę trwania choroby przekonał się, że i ta potężna podpora nie jest wystarczająca,—czuł się więc jeszcze bardziej zagrożonym, a wskutek tego wzmagał się jego popęd samozachowawczy, co się przejawiało w sięgających coraz dalej urojeniach. Chciałby więc być Napoleonem, aż wreszcie wypowiada urojenie, że jest bogiem:

„Gdy byłem w Ujazdowskim szpitalu, chciałem być Napoleonem, lecz nie wiem, czy mi się to uda. Wolałbym być Napoleonem, niż Piłsudskim, gdyż Napoleon jest potężniejszy. Nie chcę

się upierać przy tem, gdyż może ludzie będą mieli złe zamiary wobec mnie. Ludzie nie będą chcieli, żebym był Napoleonem. Dowiedziałem się o tem, że mam być Napoleonem wówczas, gdy siedziałem w więzieniu. O wszystkiem dowiedziałem się w więzieniu".

Widzimy tutaj, jak urojenie wielkości zatacza coraz szersze kręgi. Lecz zastrzec się należy, że nie stwierdzamy tutaj bezgranicznego dążenia do potęgi w myśl mechanizmów *Adlera*. Naodwrót: pacjent nasz posuwa się w swych urojeniach wielkościowych ostrożnie, bojaźliwie rozglądając się dookoła, stale towarzyszy mu uczucie niepewności („nie wie, czy mu się uda być Napoleonem"; „może Piłsudski nie chce być jego ojcem"), obawy przed nowym atakiem ludzi. Są to uczucia człowieka, którego wzmożony popęd samozachowawczy ciągle czuwa, wszędzie widzi dla siebie niebezpieczeństwo, wznosi dla ochrony siebie twierdze w tym tylko celu, aby przy położeniu ostatniego kamienia uznać je za zbyt słabe i znowuż rozpocząć budowę mozolną od początku. Niema tutaj miejsca na to samozadowolenie i spokój, jaki cechuje narcystyczne urojenia, — lecz naodwrót stwierdzamy stale narastający niepokój, niezadowolenie z siebie i z osiągniętych wyników, dążność do gorączkowej czynności, aby dać upust napięciu wzmożonego popędu samozachowawczego. Stwierdzamy więc raz jeszcze te rzucające się w oczy różnice między narcyzmem a przejawami popędu samozachowawczego.

Ze słów pacjenta wnioskujemy, jak dużą rolę odgrywa w ustosunkowaniu się dziecka do ojca popęd samozachowawczy. Jeszcze wyraźniej mówi o tem chory w następującym fragmencie:

„Obecnie pan doktór tutaj rządzi. Teraz jestem bez ojca (dlaczego?): bo gdybym miał ojca, to on powinien przynieść mi ubranie, żebym poszedł do domu. (Mówił przedtem, że ma ojca?): mam ojca Karola P., lecz mogę się obejść bez takiego ojca. Jeżeli mi ojciec nie pomaga, to na co jest mi on potrzebny? Ojciec powinien pomagać synowi. (A miłość synowska?): jeżeli ojciec nie pomaga, to takiego ojca się nie kocha. Gdybym ja miał ładne ubranie, to ja bym kochał ojca i ojciec mnie. A jeżeli ubrania nie mam, to muszę tutaj (t.j. w szpitalu) siedzieć. I ja bym chciał pomóc ojcu, gdybym mógł. Pomagałbym ojcu w życiu, żeby mu było dobrze. Jeżeliby ojciec o mnie nie dbał, to ja bym się gniewał na ojca i jemu bym nie pomagał. Jeżeli mi Piłsudski dotychczas nie pomógł, to już mi nie pomoże. Może nie jestem wart

pomocy Piłsudskiego? Może nie jestem wart być synem Piłsudskiego? (dlaczego?): może posiadam zamało wykształcenia. Słyszę radjo — głosy. Głosy te mówią, że trzeba cierpliwie czekać końca. Głosy mówią, że jestem nędzarzem."

Widzimy więc, że miłość dziecka do ojca opiera się o popęd samozachowawczy: to, o czem chory nasz mówi z taką bezwzględną szczerością, tkwi nieświadomie w każdem ustosunkowaniu się dziecka do rodziców. I z tego też względu urojenie pacjenta, że jego ojcem był Piłsudski, bynajmniej nie świadczy o narcyzmie, lecz o potrzebie znalezienia sobie tak silnej podpory, jaką w wyobraźni każdego dziecka jest jego ojciec. Uczucie bowiem bezbronności, wzmożenie popędu samozachowawczego i obcość wobec całego otaczającego świata czynią sytuację psychiczną chorego naszego podobną do sytuacji dziecka i dlatego zostają reaktywowane te wyobrażenia i uczucia, które są właściwe dla wieku dziecięcego. Chory nasz ocenia z punktu widzenia owego skrajnego dziecięcego egoizmu użyteczność ojca i matki. O ile ceni ojca tylko potężnego, który może mu we wszystkiem przyjść z pomocą, — o tyle matka wydaje mu się ciężarem. Mówi więc o matce niechętnie, zarzuca jej, że zawsze tylko kazała mu na siebie pracować:

„Matka zawsze biadała nademną, zawsze czegoś chciała odemnie. Matka biadała nad swojem życiem, chciała, żebym z niczego jej coś zrobił, — chciała, żebym jej dał odrazu kupę złota. Przecież nie mogłem kraść! Narzekała ciągle, że zamało zarabiam... Może mnie chcieli zrobić swoim niewolnikiem, żebym pracował na całą rodzinę."

W rzeczywistości pacjent dawał na utrzymanie matki taksamo, jak inne dzieci, lecz obecnie, podczas choroby, ujmując stosunek swój do rodziców z punktu widzenia infantylnego, czuje niechęć do takiej matki, która nie tylko nie jest podporą, lecz jeszcze wymaga pomocy od dziecka. Lecz w miarę reaktywowania w psychozie sytuacji infantylnej, — rzucają się w oczy już nie tylko przejawy popędu samozachowawczego, lecz dostrzegamy i charakterystyczną postać instynktu seksualnego w ustosunkowaniu się do rodziców:

„Jeżeli Piłsudski" — mówi pacjent, — „nie będzie chciał być moim ojcem, to mi na tem nie zależy. Ja przecież nie miałem ojca. Wiedziałem to duchem moim, że ojca nie było, a tylko matka sama mnie urodziła. Moja matka była panną, gdy mnie urodziła. Nie miała stosunków z żadnym mężczyzną. Gdyby miała stosunki,

to ja bym się wcale nie narodził. (Dlaczego?): gdyż nie chciałbym. (Dlaczego?): gdyż matka nazywałaby się nieczysta. (Gdy się ma stosunek z mężem?): lecz wówczas ona była panną, nie miała męża. (A obecnie ma męża?): mąż umarł, Piłsudski nie żyje. (Od kiedy?): to wszystko jest tak pokręcone, że mam tem głowę zabitą. Wszystko było oszustwem: mówili, że mąż umarł, matka płakała, nawet i ja byłem zmartwiony, — lecz to wszystko było kłamstwem, gdyż Piłsudski w rzeczy samej nie umarł, — przecież żyje. To było wszystko zrobione bez mojej wiedzy, — chcieli tylko mnie oszukać, że Piłsudski umarł, lecz w rzeczy samej on poszedł rządzić Polską. (Jak mogła panna urodzić go?): przecież śpiewają o Niepokalanem Poczęciu. Narodziłem się z ducha (Czyjego?): ze swojego; chciałem być człowiekiem, — teraz nim nie jestem. (Dlaczego?): dopóki nie zostałem umęczony przez rząd. Gdy jeszcze nikogo na świecie nie było, to ja byłem Panem Bogiem".

Ze słów tych chorego przemawia wyraźnie kompleks Edypa. Zrozumiałą jest dla nas obecnie droga, która doprowadziła naszego pacjenta do reaktywowania tego kompleksu. Jak stwierdziliśmy już uprzednio, wzmożony popęd samozachowawczy nakazywał choremu szukać oparcia w Piłsudskim. Wobec rozczarowania się w tej pomocy, rezygnuje z niej i stara się wzmocnić swą zagrożoną sytuację urojeniem, że jest Napoleonem. Lecz obawia się, że ludzie nie użyczą mu takiego stanowiska, więc rezygnuje i z niego, a wówczas doprowadzony do najwyższego napięcia popęd samozachowawczy wyładowuje się w urojeniu, że jest bogiem. Obecnie nie obchodzi go nienawiść ludzi, — jest bowiem ponad nimi, lecz jednocześnie urojenie to, zadawalniając popęd samozachowawczy, zawiera w sobie ziszczenie marzeń infantylnych, wypływających z kompleksu Edypa. Obecnie bowiem, jako bóg, nie tylko nie potrzebuje szukać podpory w ojcu, co było motywem, tłumiącym niechęć do ojca, — lecz za jednym zamachem wyzbywa się ojca-rywala, jako męża matki. Jest więc sam sobie ojcem, owym pierwszym archaicznym ojcem, który dlatego, że był pierwszy, nie miał jeszcze poczucia winy, wynikającej z kompleksu Edypa. To właśnie wyzbycie się poczucia winy, — dzięki urojeniu, że jest bogiem, również przyczynia sie do wzmocnienia stanowiska pacjenta.

Lecz w przypadku naszym motywy, wypływające z kompleksu Edypa, mają charakter wtórny: nie zabarwiają symptomatologji psychozy, jak to obserwujemy w innych przypadkach, ustępują na plan

drugi wobec wybitnie zaznaczonych przejawów wzmożonego popędu samozachowawczego. Pacjent nasz w urojeniach swych nie wyciąga konsekwencyj z rozwiązanego dla siebie kompleksu Edypa — i nadal zachowuje niechętny stosunek do matki, kierując się w ten sposób wzmożonym popędem samozachowawczym. Widzimy to z następujących słów. Na pytanie o matce chory odpowiada: „to nie jest moja matka, gdyż tak tylko wmówiono we mnie, że ja mam matkę. Matka jest mi niepotrzebna, — na co mi matka? (A ojciec?): ojciec czasami się przyda. (Do czego?): dla przyjaźni i towarzystwa. (Jaka przyjaźń?): przyjaźń pożyteczna dla społeczeństwa. (Na czem polega ta przyjaźń?): można wspólnie działać, żeby założyć dobry rząd, wznieść handel i podnieść oświatę. (Czy mu na tem zależy?): trzeba się posuwać naprzód, a nie iść wstecz. Ja moją wolą nie rozporządzam: jakaś wielka siła panuje nademną. (Jaka siła?): jest to namiętność męska do siebie samego. (Co odczuwa przytem?): nie otrzymałem żadnego wychowania i muszę pozostać takim, jakim byłem.“

Zastanawiające są te społeczne tendencje naszego chorego, które pozornie przeczą jego wrogiemu ustosunkowaniu się do otoczenia. Lecz jeszcze przedtem napotykaliśmy w wynurzeniach pacjenta zwroty, które wskazują na to, że liczy się on z otaczającymi go ludźmi. I nie jest to zjawisko nieoczekiwane, jeżeli tylko konsekwentnie i nadal widzieć w tem będziemy przejaw wzmożonego popędu samozachowawczego. Jak stwierdziliśmy już bowiem, urojenia chorego są wyrazem wzmożonego popędu samozachowawczego, który właśnie liczy się ze stanowiskiem otoczenia, gdyż stamtąd oczekuje agresji. Dlatego właśnie przebija się nuta rezygnacji w urojeniach wielkościowych pacjenta. Przyznaje, że nie wie, czy uda mu się być Napoleonem, gdyż ludzie mu tego nie użyczą. Nie chce więc ich drażnić swem wybitnem stanowiskiem, ażeby nie sprowokować jeszcze bardziej wrogiego ustosunkowania się otoczenia do siebie. Społeczeństwo i tak już dostatecznie skrzywdziło chorego: podstępnie zabrano mu ojca — Piłsudskiego, który zamiast opiekować się nim, rządzi Polską. Lecz czyż za to wszystko nie należy się nagroda pacjentowi? Pacjent wysuwa te swoje zasługi wobec społeczeństwa: dzięki przyjacielskiemu stosunkowi z ojcem-Piłsudskim, założą „wspólnie“ dobry rząd, t. j. taki, który nie będzie prześladować pacjenta, jak to się z nim dotychczas działo w wojsku. A wówczas chory, jako syn, współpracownik Piłsudskiego i wzpółzałożyciel rządu, uzyskałby maximum za-

bezpieczenia, gdyż cieszyłby się również wdzięcznością społeczeństwa, któreby jemu zawdzięczało swój postęp. W ten sposób chory przynosi w ofierze część swoich urojeń, poddając je sublimacji, aby bodaj na tej drodze uzyskać zabezpieczenie dla siebie. Lecz próba ta sublimacji nie może dać dodatniego wyniku: chory nadal rzutuje swój konflikt nazewnątrz, nadal walczy z otoczeniem, dopatrując się przyczyny swych cierpień nie w sobie, lecz poza sobą. I dlatego dąży on do postępu społeczeństwa całego, lecz za wyjątkiem siebie samego. „Muszę pozostać, — twierdzi pacjent, — takim, jakim byłem.“ Winna jest w tem owa „wielka siła“, która panuje nad nim, siła, którą określa on, jako „namiętność męską do siebie samego.“ A więc narcyzm powoduje u pacjenta niechęć do zmiany, do postępu, — o ile to dotyczy jego własnej osobowości. Sam on chce trwać nadal w tej infantylnej sytuacji, gdy kochał tylko siebie samego, nie troszcząc się o świat cały. Otoczenie jednak powinno się zmienić, pracować nad sobą w imię postępu, ażeby nie narazić na szwank wzmożonego popędu samozachowawczego pacjenta. Widzimy tutaj sprzeczność interesów narcyzmu a instynktu samozachowawczego. Popęd samozachowawczy bowiem nakazuje zrezygnować częściowo z narcyzmu, pracować nad sobą w imię ogólnego postępu, uzyskując w ten sposób i zabezpieczenie siebie i zadowolenie narcystyczne z rezultatów osiągniętych z pracy nad sobą. Ze względu na to, że pacjent rzutował nazewnątrz napięcie popędu samozachowawczego, narcyzm nie napotyka przeciwwagi w popędzie samozachowawczym. Dwa te popędy zamiast wzajemnie oddziaływać na siebie i modyfikować się, — przebiegają obok siebie, w wyniku czego każdy z nich rozwija się bez przeszkód.

IV.

Powrócimy obecnie do zagadnienia, które postawiliśmy sobie na początku niniejszej pracy, — a mianowicie, czy popęd samozachowawczy, zagrożony przez chorobę, nie przeciwstawia się ucieczce do choroby. Czy nie występuje wobec widma choroby walka i konflikt, wynikający z akcji obronnej popędu samozachowawczego? Zapewne, jeżeliby chodziło o chorobę tylko organiczną, to odpowiedź na te pytania nie nastręczałaby najmniejszej trudności. Psychoza jednak jest chorobą nie tylko organiczną, lecz i psy-

chiczną i dlatego tkwi w niej sprzeczność i zmienność kierunkowych rozwoju, co utrudnia jej jednolite ujęcie. Zadowolenie nasze, któremu daliśmy wyraz we wstępie pracy, że analizujemy przypadek psychozy, a nie histerji, wskutek czego oczekiwaliśwy, że odpowiedź będzie łatwiejsza na postawione przez nas zagadnienia,— okazała się przedwczesna. Analizując przypadek nasz, uzyskaliśmy wgląd w różne mechanizmy psychiczne, odsłaniające potężną rolę, jaką odgrywa poped samozachowawczy w życiu psychicznem człowieka. Odpowiedź jednak na pytanie postawione we wstępie, nie jest tak prosta i jednolita, jak tego można byłoby się spodziewać. W początkowym bowiem okresie psychozy, zgodnie z naszem oczekiwaniem, widzimy walkę popędu samozachowawczego z chorobą. Lecz przyznać musimy, że w tem okresie proces chorobowy nie przejawiał się jeszcze nazewnątrz, jako psychoza. Dopiero z chwilą pierwszej ucieczki z wojska psychoza zaczyna się uzewnętrzniać. Wiemy obecnie, że dezercja ta była przejawem wzmożonego patologicznie popędu samozachowawczego, wynikiem rozpaczliwej walki z chorobą, pojmowanej jeszcze przez chorego, jako zjawisko somatyczne. Chwilowo niema mowy o ucieczce do choroby, — naodwrót, z całą stanowczością wskazać musimy na tragiczne próby ucieczki przed chorobą. Widzimy więc zupełnie wyraźnie, że w początkowym okresie psychozy popęd samozachowawczy przeciwstawia się chorobie. Lecz cóż dzieje się później z tym wzmożonym popędem? Czyż ulega biernie chorobie? Oznaczałoby to osłabienie napięcia popędu, które, jak widzieliśmy, jest w tym stanie rzeczy właśnie wybitnie wzmożone, przyczem nie ma możności odreagowania. Przypuszczenie to jest więc niemożliwe, zarówno z punktu widzenia biologicznego, jak i psychicznie dynamicznego. A więc musimy odnaleźć w chorobie samej przejawy zaburzenia popędu samozachowawczego: choroba bowiem psychiczna, mamy tutaj na myśli przedewszystkiem histerję, nie mogłaby tak długo trwać, o ileby właśnie ze względu na zaburzenie swe i popęd samozachowawczy nie był równie w chorobie zainteresowany, jak i instynkt seksualny. Przeprowadzona analiza przypadku naszego umożliwia nam, chociażby w pewnym zakresie, odpowiedź na to pytanie.

Jak powiedzieliśmy, pierwszem uzewnętrznieniem się psychozy była dezercja z wojska. Ucieczka ta była podyktowana walką z chorobą, jako zjawiskiem organicznem, tkwiącem w chorym: była ona wówczas odruchem automatycznym, nie liczącym się z celo-

wością, a nawet wyrządzającym krzywdę choremu, gdyż w ten sposób nie tylko pozbawił się on pomocy ludzi otaczających, lecz i naraził się na szereg konfliktów życiowych, jak odsiadywanie kary w więzieniu. Chory równoważy jednak te krzywdy racjonalizacją, że w ucieczce szukał ciszy, która miała ukoić jego cierpienia. Lecz na podstawie analizy przekonaliśmy się, że w ucieczce tej od ludzi przejawiła się nienawiść do nich, gdyż oni aktualizowali jego chorobę umysłową. W tem właśnie tkwi punkt zwrotny w ustosunkowaniu się pacjenta do swojej choroby: nie ujmuje już jej, jako niebezpieczeństwa somatycznego, lecz oskarża ludzi, że to oni nabawili go choroby. W miejsce uciążliwej walki ze samym sobą, walczy ze światem otaczającym, znajdując w ten sposób ułatwioną możność odreagowania wzmożonego popędu samozachowawczego. Dzięki tej właśnie korzyści chory zmienia zasadniczo swoje stanowisko: w miejsce ucieczki od choroby somatycznej, jak było dotychczas, występuje zjawisko odwrotne — ucieczka do choroby. I ten właśnie punkt zwrotny jest linją graniczną, poza którą widzimy już kliniczne przejawy psychozy. Obecnie ustępują te wszystkie cierpienia, które go przedtem dręczyły, t. zn. chory stopniowo zatraca wgląd w swoją chorobę, a jeśli przyznaje nawet czasami, że jest chory psychicznie, to przedstawia to, jako korzyść dla siebie. Widzimy to z następujących słów jego:

„Jestem człowiekiem, djabłem, mogę być ptakiem, zwierzęciem, mogę być wszystkiem, mogę się przemienić w co tylko zechcę. Mogę wszystko zrobić. Stworzyłem cały świat, — jestem bogiem. Pan Bóg zachorował na umysł i dlatego dostał się do szpitala. Naumyślnie to zrobił, żeby zachorować na umysł, w tym celu, żeby nie osłabić swej władzy. (Dlaczego?): gdyż inni ludzie chcieli mi odebrać władzę, chcieli być silniejsi odemnie, więc dlatego ja zrobiłem się warjatem i obecnie powróciło mi się to, co potrzebowałem. Przez warjactwo powróciła mi się władza. Inaczej zwyciężyliby silni, pokonaliby słabych i pozostaliby tylko silni. Zaś przez warjactwo i słabi mogą również zostać się na świecie. Moją umysłową chorobą odjąłem silnym siłę i dlatego oni nie mogą już pokonać słabych. Nie mogłem dać rady silnym i dlatego ponownie narodziłem się i zachorowałem na głowę. Ci silni odebrali mi rozum i dlatego byłem warjatem. Chciałem żyć razem z ludźmi, żebyśmy wszyscy byli jednakowo silni. Lecz oni zrobili się silniejsi i dlatego musiałem uciekać do góry, do nieba, — i wówczas narodziłem się jeszcze raz, jako warjat."

Urojenie wielkości, które chory w słowach powyższych wypowiada, przyczynia się wybitnie do ukojenia wzmożonego popędu samozachowawczego. Lecz i w tem urojeniu przebija trwoga, czem zdradza ono swe pochodzenie: chory jest bogiem, lecz takim bogiem, który trwożliwie musi strzec swej władzy przed ludźmi. A więc nie wszechmoc myśli, nie narcyzm, — lecz patologicznie wzmożony popęd samozachowawczy przemawia z tych, jakże kruchych, urojeń wielkościowych. A wobec tego pacjent nasz właśnie w swej chorobie widzi oręż, za pomocą którego zwalczy swych przeciwników. Przedtem walczył przeciwko chorobie, później przeciwko ludziom, którzy rzekomo nabawili go tej choroby, — obecnie zaś „naumyślnie zachorował na umysł." Choroba — dotychczasowy wróg, staje się najbliższym sprzymierzeńcem: przesunięcie to, tak bardzo ważne z punktu widzenia możliwości leczniczych, świadczy o tem, że popęd samozachowawczy skierowany został na fałszywe tory. Dzięki temu przesunięciu właśnie chory zaoszczędza sobie walki z chorobą, tej rozpaczliwej walki, która przedtem, jak się skarżył, „kosztowała go najwięcej zdrowia." Cierpienie, spowodowane zrozumieniem, że coś się w nim zmieniło, że jest innym niż dotychczas, -- ustępuje miejsca przeświadczeniu, że jest nad-człowiekiem. Dzięki temu może żyć między ludźmi, opierając się o swą chorobę. Uzyskał z niej bowiem tę korzyść, która mu to życie umożliwia. O korzyści tej mówi chory w następujących słowach:

„Byłem przedtem, przed chorobą, zupełnie odosobnionym, nie należałem do tego świata. A gdy zachorowałem, to zacząłem zbliżać się do ludzi. (W jaki sposób?): rozmawiałem z ludźmi; jestem pewniejszy siebie, jestem swobodniejszy, niż przed chorobą, i dlatego łatwiej mogę rozmawiać z ludźmi. Byłem przedtem bez pracy, matka wyganiała mnie do roboty, lecz mnie szkoda było włóczyć się po jakichś dziurach, więc zwarjowałem, żeby przywrócić sobie jakieś prawa. (Jakie?): ja u ludzi nie miałem praw, miałem prawo jeszcze u matki, a gdy i matka wygnała mnie z domu, nie chciała dać mi jeść, więc straciłem wszystkie prawa. Ja się oparłem temu, żeby stracić wszystkie prawa; obecnie uzyskałem wszystkie prawa, mogę sam żyć, teraz mi się nie przykrzy."

Należy nadmienić, że do korzyści, wynikającej z zaburzenia popędu samozachowawczego, dołącza się korzyść, płynąca z regresji instynktu seksualnego. Jak widzieliśmy, chory rozwiązuje kompleks Edypa, wyzbywa się poczucia winy. Korzyść więc z cho-

roby, dotycząca popędu samozachowawczego, idzie w parze z korzyścią, płynącą z popędu seksualnego. Pacjent w chorobie znajduje zarówno możność częściowego odreagowania wzmożonego popędu samozachowawczego, jak i ziszczenie infantylnych seksualnych życzeń. Zapewne, możemy mówić tylko o częściowym odreagowaniu konfliktu popędu samozachowawczego. Nienawiść bowiem, jak wskazywaliśwy wyżej, obraca się również przeciwko osobnikowi, na skutek czego utrudnione jest odreagowanie konfliktu nazewnątrz. Widzimy więc, że korzyść, płynąca z choroby, nie jest całkowitą, przesunięcie procesu biologicznego do sfery psychicznej nie powoduje osiągnięcia upragnionej równowagi psychicznej, pobudza tylko do powstania całego szeregu obronnych mechanizmów psychicznych, które w pewnym tylko stopniu przynoszą korzyść choremu.

Le recours à la maladie et l'instinct de conservation (résumé).

Par. R. MARKUSZEWICZ.

L'auteur soumet à l'analyse psychologique un cas de schizophrénie paranoide et marque le rôle fondamental de l'instinct intensif de conservation dans le courant de la psychose et dans sa symptomatologie. On peut distinguer deux formes de l'instinct de conservation dans la psychose: un réflexe de fuite devant le danger du mal et une époque de lutte contre le monde ambiant. Le recours à la maladie amène le malade à rompre tout lien avec l'ambiance, qui dans l'imagination du malade actualise son mal. Ce lien est ensuite renoué par la projection continuelle du procès biologique (c'est à dire de la lutte contre la maladie) sur le monde ambiant. Il surgit un rapport notoriquement ennemi envers l'entourage, un sentiment de haine qui est, comme le démontre l'analyse, un sentiment secondaire, découlant d'un instinct intensif de conservation. Pour fortifier sa position qu'il croit menacée, le malade a recours à des idées de grandeur qui puissent le secourir.

Ces illusions de grandeur l'amènent par degrés à réagir par la situation infantile, et dès lors survient une disposition sexuelle envers les parents.

Se basant sur l'analyse du cas, l'auteur conclut qu'à côté de l'instinct sexuel, l'instinct de conservation a égal intérêt à la maladie.

Le transfert du procès biologique à la sphère psychique, n'amène pas l'équilibre psychique voulu, et n'éveille qu'une série de mécanismes psychiques de défense qui ne sont qu'en partie profitables au malade. Le fait que le malade tire avantage du bien qui découle de la maladie, indique un trouble profond de l'instinct de conservation.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka, Dyr. Dr. med. Dr. phil.
AL. PIOTROWSKI.

Leczenie zakładowe alkoholików.

Skreślił ALEKSANDER PIOTROWSKI.

Referat przygotowany na X. Zjazd Psychjatrów Polskich w Łodzi w dniu 7., 8. i 9. czerwca 1930 r.

Alkoholik jest osobnikiem etycznie małowartościowym, chwiejnym, nieobliczalnym, poddającym się łatwo afektom, będącym w rozterce ze światem i ze sobą samym, przykrym w obcowaniu, brutalnym dla swoich. Rychłe usunięcie go ze środowiska domowego, które go podnieca i wzburza, leży w interesie alkoholika i jego rodziny. Alkoholik potrzebuje spokoju. Spokój ten da mu zakład. Już ta okoliczność, że alkoholika przyjmuje się do zakładu na leczenie, że go się traktuje jako chorego, działa na niego uspakajająco. Zakład zrywa dawne stosunki, przenosi chorego na grunt nowy, w inne warunki bytu, tworzy nowe konstelacje psychologiczne i usuwa bodźce chorobotwórcze. Rozpoczyna się nowe życie, inny tryb bytowania. Przepaść między wczoraj a dziś zarysowuje się wyraźnie przed chorym. — Dyscyplina zakładowa wychowuje alkoholika do czystości i porządku, normuje jego życie, postępowanie, czas i zaprowadza systematyczność w dotychczasowy, bezkształtny tryb życiowy. — Podporządkowanie go obcej woli, która jako odpowiedzialna jest i silniejsza od jego woli, stanowi dobrodziejstwo dla osobnika, odczuwającego potrzebę pomocy i spokoju.

Spokój w osamotnieniu wyrównywa napięcie wewnętrzne, pewność zaś, że lekarz jest zawsze w pobliżu, wpływa kojąco na chorego. Lekarz skutecznie będzie mógł działać na niego, jeżeli wcześnie pozna jego właściwości, jeżeli uda mu się wywołać u pacjenta zdrowe kojarzenia myślowe i przy ich pomocy przerobić istotę i charakter jego. Należy stwierdzić przyczynę alkoholizmu. Człowiek o słabej woli odurza się alkoholem często z tego powodu, że dręczą go przykre uczucia, lęki, wyrzuty sumienia, konflikty zewnętrzne i wewnętrzne. Do przywrócenia jego równowagi psychicznej trzeba te konflikty odnaleźć, wyjaśnić i rozwiązać, znaleźć drogę do wyjścia z nich, pogodzić chorego z rzeczywistością.

Już internowanie samo na krótszy lub dłuższy czas może uwolnić chorego od nałogu, choćby tylko przymusową abstynencją. Abstynencja jest podstawą odtrucia alkoholika i głównem zadaniem internowania. Wstrzymanie napojów wyskokowych powinno nastąpić zaraz, t. j. od pierwszej chwili pobytu alkoholika w zakładzie. Nie przedstawia to niebezpieczeństwa. Ewentualna śmierć nie jest spowodowana nagłą abstynencją, lecz jest skutkiem zwyrodnienia alkoholowego i osłabienia mięśnia sercowego. Przeciwko takiemu ciężkiemu zwyrodnieniu niema środka. We wyjątkowym przypadku, jeżeli cierpienia cielesne abstynenta są zbyt dręczące i pacjent z tego powodu przeszkadza otoczeniu, a kuracja systematyczna jeszcze nie została zapoczątkowana, można mu podać małą dawkę alkoholu na uspokojenie. Dawkę tę z dobrym skutkiem zastąpi paraldehyd (najmniej 15-20 gr. naraz).

Większość alkoholików znosi nagłą abstynencję dość dobrze. Stany bredzeniowe nie są częstsze niż w przypadkach abstynencji powolnej. Chorzy dowiedzą się rychło, że mogą się obejść bez alkoholu. Należy ich przekonać o konieczności abstynencji. Sugestja lekarska winna zniweczyć autosugestię chorego. Siła przekonywająca argumentów lekarza przedewszystkiem powinna pokonać przesądy alkoholika o pożyteczności i pożywności alkoholu. — Podczas przymusowej abstynencji alkoholik zwierza się chętnie, staje się wrażliwym na perswazje, przejmuje się chętniej zasadami moralności i daje się łatwiej kierować.

Trzeba trwale dążyć do tego, aby alkoholik z własnej woli mógł chcieć nazawsze powstrzymać się od używania alkoholu i poczuł w sobie tę siłę woli do przeprowadzenia zamiaru. — Alkoholizm może być usunięty tam, gdzie jest dobra wola do tego. — Często wyniki leczenia są pozorne tylko, ponieważ wola chorego nie została

dostatecznie wzmocniona, co nie zdziwi, jeżeli sobie uprzytomnimy, jakie trudności sprawiają zabiegi asocjatywnego odzwyczajania alkoholika od picia.

Dużo czasu wymaga wychowanie pijaka, wyrobienie charakteru, wzmocnienie odporności względem pokusy, rozwinięcie zdolności do panowania nad sobą, przyzwyczajenie do regularnej pracy, wzbudzenie przyjemności z tego, co zdziałał.

Alkoholik jest człowiekiem chorym, więc trzeba go leczyć. Chory poddający się leczeniu, nieświadomie łączy z zabiegami nadzieję wyleczenia. Im głębsze wrażenie zdołamy wywołać leczeniem, im żywsze obrazy wspomnieniowe tego leczenia stworzymy, tem trwalsze będą jego wyniki. Wyniki te dadzą się osiągnąć, o ile leczenie przeprowadza się przez dłuższy czas i z pewną pedagogiczną, psychologiczną sprawnością.

Skuteczne leczenie alkoholików może być przeprowadzone tylko przez doświadczonego lekarza, dokładnie obeznanego z wszelkiemi gałęziami psychjatrji.

Wpływ lekarza odgrywa tu główną rolę, ale tylko wtedy, gdy lekarz sam jest abstynentem. Jego powodzenie lekarskie zależy od dokładnej znajomości kwestji alkoholowej, a sposób leczenia od okoliczności, które w danym przypadku doprowadziły do alkoholizmu. Specjalne zbadanie każdego pacjenta z osobna jest konieczne, albowiem tylko leczenie indywidualne, ściśle i konsekwentnie przeprowadzone, może wydać dobre wyniki.

Trwanie leczenia zależne jest od ciężkości przypadku.

Leczenie składa się z mało zajmujących detalji, które jednakże połączone w całość, mogą przedstawiać poważny zabieg leczniczy, wywierający decydujący wpływ na psyche chorego.

Podczas leczenia alkoholika lekarz musi nieraz przezwyciężyć duże trudności, musi okazać dużo cierpliwości i wytrwałości, silnej woli i celowości, powagi i łagodności w postępowaniu, musi tłumić własną niechęć do pijaka i przystosować się do jego indywidualności, nie przejmować się złośliwemi reakcjami z jego strony, uwzględniać jego życzenia, o ile są wykonalne.

Znajomością duszy ludzkiej, konsekwentnem postępowaniem można z biegiem czasu osiągnąć dobre wyniki terapeutyczne. W zakładach, w których kierownictwo spoczywa w słabych rękach, bez wytkniętego celu, terapja alkoholików nie jest skuteczna.

Leczenie alkoholika w zakładzie winno posługiwać się w stosunku do chorego prawdą i otwartością, winno wzmocnić w cho-

rym samopoczucie i powinno dążyć do tego, ażeby chory sam siebie dobrze poznał i nauczył się szanować cudze prawa. Środkiem do tego może być dobra książka, dobre towarzystwo, przykład, perswazja, upomnienie, zajęcie, psychoterapja.

Stałe i konsekwentne oddziaływanie psychoterapeutyczne na alkoholika zdoła nagiąć jego duszę i uczynić ją przystępną suggestji uzdrawiającej. Suggestja winna być tak przekonywującą, aby mogła wzruszyć sumienie pacjenta, ożywić i wzmocnić wolę i pogłębić jego wiadomości o niebezpieczeństwie alkoholizowania się. Alkoholika trzeba wychować do nowego uporządkowanego życia, trzeba go nauczyć, co ma robić, czego ma zaniechać. Systematyczne wychowanie alkoholika do życia nowego, to cel wszelkich zabiegów psychoterapeutycznych. Większość przypadków da się wyleczyć, o ile leczenie psychoterapeutyczne jest metodycznie przeprowadzone i chory w okresie ozdrowienia dozorowany. Dlatego alkoholika nie należy puszczać samego, lecz tylko w towarzystwie pielęgniarza względnie osoby zaufanej.

Niektórzy autorzy zalecają hypnozę jako środek leczniczy w alkoholizmie. Trzeba jednak mieć na uwadze fakt, że hypnoza usuwa tylko patologiczne dynamizmy mózgu organicznie zdrowego, natomiast nie wywiera dosadniego wpływu na mózg ze zmianami patologicznemi.

W alkoholizmie chronicznym, mianowicie daleko posuniętym, mózg jest naruszony i nie nadaje się do hypnozy głębokiej.

Nieraz zaś hypnoza — zwłaszcza często stosowana — jest zabiegiem szkodliwym, albowiem pacjent zatraca jeszcze więcej swoją wolę i cierpi wskutek wzmożonego i częstego poddawania się obcym wpływom.

Hypnozę można ewentualnie stosować w związku z psychicznem oddziaływaniem na chorego poza hypnozą. O ile terapeuta posługuje się tą metodą, musi to rozłożyć na długi okres czasu, ciągnący się całemi miesiącami. Oddziaływanie psychiczne ma duże znaczenie, jeżeli chory jest przekonany o konieczności trwałej, zupełnej abstynencji, t. zn., jeżeli okazuje szczerą wolę do wstrzemięźliwości. Ta wola do abstynencji nie da się wywołać hypnozą, atoli może nią być wzmocniona, o ile istnieje w zarodku. Przy dobrych wynikach kuracji pozostanie wątpliwem, co z tego należy przypisać hypnozie.

Znakiem niepomyślnym jest, jeżeli alkoholik w stanie hypnotycznej dezorjentacji przyjmuje alkohol na zlecenie.

Zdania co do skuteczności hypnozy są podzielone. W każdym razie stosowanie hypnozy przedstawia próbę z wynikiem wątpliwym i nie powinno odwieść lekarza od właściwego zadania wychowania pijaka.

Ażeby alkoholikowi zbrzydzić alkohol i odwieźć go od pijaństwa, na to nie potrzeba hypnozy, wystarczy zwykła suggestja odpowiednio stosowana.

Środkiem, działającym suggestywnie, jest zajęcie alkoholika pożyteczną pracą i gimnastyką. Gimnastyka i zajęcie wyrabiają energję, wolę i prowadzą chorego na wyższy poziom etyczny. Każdy pacjent powinien pracować celowo i pożytecznie, gdyż tylko taka praca ma pełny walor wychowawczy i jest nieodzownie potrzebna dla zdrowia i równowagi psychicznej. Zajęcie odwraca chorego od myśli i czynów przewrotnych, uspakaja go i daje zadowolenie, wprowadza bezcelową ruchliwość chorego na tor prawidłowy i tem wyrównywa napięcie wewnętrzne. Zajęcie jest więc środkiem uspakajającym.

Rozumie się, że zajęcie, zaordynowane alkoholikowi, powinno być dostosowane do jego osobowości psychicznej, powinno być tak pomyślane i przeprowadzone, aby choremu sprawiało przyjemność, pozatem zajęcie powinno być tego rodzaju, ażeby podniosło siły cielesne, wzmocniło mięśnie, ożywiło przemianę materji, obieg krwi, trawienie, oddychanie i w ten sposób doprowadziło do uzdrowienia cielesnego, co znów działa dodatnio na psyche. Zajęcie potęguje poczucie obowiązku. Ponieważ alkoholik pracuje w zakładzie razem z innymi pacjentami, przeto wyrabia się u niego koleżeńskość i uczucie wspólności.

Praca doprowadza pacjenta do spokoju, do wewnętrznego zadowolenia, do wzmocnienia samopoczucia i samodzielności, do zaufania we własne siły.

Pacjent, który nabrał rutyny i umiejętności w pracy i rozsmakował w płynącem z niej zadowoleniu, który zdołał uporządkować swoje życie wewnętrzne, nabiera powoli poczucia, że stał się znowu porządnym człowiekiem i pożytecznym członkiem społeczeństwa, da gwarancję, że nie będzie uciekał do alkoholu.

Osiągnięcie tego celu nie jest łatwem zadaniem, mianowicie wtedy, gdy się ma do czynienia z jednym pacjentem. Łatwiejsza jest sprawa z kilkoma osobami, albowiem tutaj ułatwia sytuację wspólność cierpienia towarzyszy, dobry przykład i wpływ otoczenia i — że tak powiem — duch zbiorowy.

Samo zajęcie alkoholika nie wystarczy do jego wyleczenia. Z powodu abstynencji trapią go liczne dolegliwości. Te dolegliwości należy usunąć, a więc trzeba przeciwdziałać łaknieniu, neuralgjom, palpitacjom serca, zawrotom głowy, niepokojom, myślom przymusowym, nerwowym bólom żołądka i głowy, stanom lękowym, bezsenności i t.p. Alkoholikom ze słabem sercem podaje się kardiotoninę, digitalis, werodigenę, luminal, dialcibę, ewentualnie absinę, w dolegliwościach seksualnych domięśniowo epiglandol.

Ponieważ alkoholicy należą do ludzi nerwowych, zaleca się do nich stosować wszystkie środki używane w lecznictwie chorób nerwowych, m. i. fizjoterapję w najszerszem znaczeniu, a więc kąpiele gorące, mineralne, słoneczne, ruch na świeżem powietrzu, życie czynne i ruchliwe. Pozatem zabiegi lecznicze winne obejmować starania o przywrócenie normalnych chemizmów w ustroju. Znajdą tu zastosowanie wszelkie te zabiegi kuracyjne i środki lecznicze, które są w użytku przy złej lub chorobowo zmienionej przemianie materji. Specjalna djeta (mleko) odgrywa tu wybitną rolę.

W nowszych czasach zalecana bywa autohemoterapja. Jakkolwiek sposób działania autohemoterapji nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony i wyniki jej nie są równomierne, to jednak rezultaty otrzymane drogą tego leczenia są naogół zachęcające.

W ostrych stanach psychotycznych, powstałych na podłożu alkoholowem, trzeba stosować właściwe zabiegi. Tak n. p. w delirium tremens koniecznem jest ścisłe dozorowanie chorego, albowiem chory wskutek halucynacji i iluzji może spowodować nieszczęśliwy wypadek, zranić się ciężko i postradać życie. Należy zaniechać wszystkiego, co może osłabić chorego. Jego siły powinne być zachowane. Trzeba go dobrze odżywiać (mleko), ew. leczyć insuliną. Stosowanie względem niespokojnego deliranta kąpieli prolongowanych nie jest racjonalne, ponieważ chory zwykle nie pozostaje we wannie, lecz usiłuje się z niej wydostać, wychodzi i musi być przytrzymany. To osłabia chorego. Skuteczniejszym środkiem w takich przypadkach jest paraldehyd podawany w dużych dawkach (15 ccm i więcej). Naogół wystarczy, jeżeli się czeka do chwili, gdy delirium minie. Skoro zaznaczą się objawy sercowe, należy zaraz podawać środki nasercowe.

W odurzeniu patologicznem hioscyna i morfina nie działają skutecznie, w epilepsji alkoholowej brom niewiele pomaga. Jeżeli

stan serca pozwala, można spróbować narkotyzowania wzburzonego pacjenta eterem albo chlorolormem.

W dypsomanji stosujemy środki zmierzające ku przyspieszeniu przemiany materji. Zachęcające są wynikl prób z hemoterapją. Pozatem należy przy zbliżaniu się okresów ostrych tłumić objawy luminalem, by nie dopuścić do katastrofy. Każde zapobieżenie w ten sposób okresowi opilstwa zmniejsza szanse dla następnego okresu, podobnie jak się to dzieje z napadami kurczowemi w epilepsji. Dypsoman powinien pozostawać dłuższy czas pod baczną obserwacją, w chwili pojawienia się zwiastunów napadu dypsomanicznego oddany w opiekę zakładową pod ścisły dozór.

W przypadkach paranoi alkoholowej trzeba na chorego troskliwie uważać ze względu na niebezpieczeństwo samobójstwa.

W Korsakowie można otrzymać polepszenie sprawności pamięciowej drogą planowych ćwiczeń. Wypada przy tej sposobności wspomnieć o fakcie, że Korsakowców (i delirantów) po wojnie ubyło, natomiast przybyło pobudliwych, opornych, opacznych psychopatów o słabej woli, co świadczy o przesunięciu się pewnych typów w rozmieszczeniu grup chorobowych alkoholowych pod względem kwantytatywnego ich zaszeregowania, podczas gdy ogólna ilość alkoholików w okresie powojennym pozostała prawie ta sama co przed wojną. Również odsetka ogólna wyleczonych i polepszonych przed wojną i po wojnie jest mniejwięcej jednaka. Rezultaty leczenia alkoholików na ogół przedstawiają sią nieźle.

Wyniki terapeutyczne poszczególnych zakładów różnią się i wahają między 30%-60%. Najmniejszą odsetkę wyleczeń wykazują zakłady wielkie, a największą zakłady małe. Wobec tego, że statystyki wielkich zakładów posiadały większy materjał, przysługuje im pierwszeństwo przy uwzględnieniu dat statystycznych. Większą odsetkę wyleczonych w zakładach mniejszych należy tłumaczyć faktem, że z powodu mniejszych ilości pacjentów leczenie jest intensywniejsze. Indywidualizacja może być w tych warunkach z całą ścisłością i starannością przeprowadzona.

Niektóre statystyki podają wyniki leczenia w następujących cyfrach: ca 30% zupełnie wyleczonych, t. zn. takich, którzy pozostali abstynentami trwałymi. Jeżeli się do tych doliczy wszystkich tych, którzy potrafili się utrzymać w abstynencji przez kilka lat, to odsetka tak wyleczonych wynosi 50%. Podobne wyniki wykazuje statystyka z Dziekanki, mianowicie ca 28% wyleczonych, 27% polepszonych.

Najlepsze są wyniki terapji psychoz alkoholowych, oraz leczenia alkoholików wczesnych, u których wystarczy kuracja trzy - do sześcio-miesięczna.

Statystyka terapeutyczna psychoz alkoholowych w Dziekance wykazuje stosunek odsetek wyleczonych i polepszonych jak 11 : 1. Wyniki terapji alkoholizmu chronicznego nie są tak pomyślne Dzielimy je na dwie grupy:[1])

1) Wyniki terapji osiągnięte u alkoholików niepsychopatów,
2) Wyniki leczenia u alkoholików psychopatów (incl. oligofreników).

Procent poprawy incl. wyleczeń u jednych i u drugich jest różny. Stosunek ilościowy u alkoholików, zwolnionych w stanie poprawy incl. wyleczonych, do alkoholików niewyleczonych przedstawia się u niepsychopatów jak 4 : 1, u psychopatów i oligofreników natomiast jak 3 : 2. Stąd wynika, że alkoholicy o konstytucji psychopatycznej dają mniejszą odsetkę wyleczonych i polepszonych a większy procent niewyleczonych, niż alkoholicy niepsychopaci. Psychopaci są z powodu chronicznego alkoholizmu poszkodowani w znaczniejszej mierze niż niepsychopaci.

Od konstytucji organicznej chorego zatem oraz od postępu zmian chorobowych zależne jest rokowanie w konkretnym przypadku alkoholizmu. O ile nie wystąpiły u pacjenta jaskrawsze objawy otępienia czy też zwyrodnienia etycznego, rokowanie naogół przedstawia się dość pomyślnie, i pacjent po przebytej systematycznej dłuższej kuracji według wszelkiego prawdopodobieństwa do alkoholu nie powróci. Niektórzy uważają recydywę za objaw pomyślny, albowiem recydywa dowodzi alkoholikowi, że nie jest on jeszcze wyleczony i potrzebuje dalszej kuracji.

Kwestja, czy zupełne wyleczenie alkoholików jest możliwe nie doznała jeszcze dostatecznego rozwiązania.

Pewnem jest, że istnieje grupa alkoholików a priori uleczalnych. Są to alkoholicy przygodni, okazyjni, osoby o zdrowym organiźmie. Wypada zatem rozróżnić dwa typy alkoholików — uleczalnych i nieuleczalnych. Do pierwszej kategorji należą alkoholicy, którzy stali się pijakami z przyczyny okazyjnej oraz alkoho-

[1]) Gorzkowski W. i Zajączkowski H.: Rozważania o alkoholiźmie na tle stanu zachorzeń psychicznych alkoholowych w Dziekance. Nowiny Psychjatryczne 1929, III-IV.

licy chronicy, u których alkohol nie spowodował jeszcze dotkliwych spustoszeń w organiźmie. Druga grupa obejmuje osoby od urodzenia upośledzone pod względem nerwowym, dziedzicznie obarczone, neuro-i psychopatyczne, u których wskutek długotrwałego zatruwania się alkoholem nastąpiło uszkodzenie mózgu w znacznym stopniu, prowadzące do otępienia władz umysłowych. Rozumie się, że w przypadkach, w których otępienie alkoholowe posunęło się daleko, widoki na wyleczenie muszą być nikłe.

Dla osób, cierpiących na chorobowe zaburzenia psychiczne, powstałe na podłożu alkoholizmu, oraz dla takich alkoholików chroników, których mózg z powodu trwałego nieustannego zatruwania organizmu alkoholem ucierpiał tak znacznie, że w obrazie chorobowym dominują objawy psychotyczne i otępienia umysłowego, właściwą lecznicą jest i zawsze będzie zakład psychjatryczny.

Większość nałogowych alkoholików, u których objawy chorobowe poza samym nałogiem nie wchodzą jeszcze w zakres psychozy, tak samo przypadki moralnie zwyrodniałe nie nadają się do leczenia w zakładzie psychjatrycznym, bo przeszkadzają w leczeniu innych chorych. Powinni oni przechodzić kurację w specjalnych lecznicach, będących pod kierownictwem doświadczonych lekarzy-psychjatrów, w sanatorjach odpowiednio urządzonych, wyposażonych we wszystkie środki lecznicze, wymagane przez nowoczesne lecznictwo sanatoryjne i hygjenę jak: terapja chemiczna, djetyczna, elektro-i hydroterapja, psychoterapja, leczenie zajęciowe na świeżem powietrzu i we warsztatach, gimnastyka, gry towarzyskie i inne rozrywki. Tu każdy pacjent znalazłby właściwe środowisko. Tu dostatecznie przygotowanoby go do uporządkowanego życia, dając mu na drogę wiarę we własne siły, pewne reguły i prawidła hygjeniczne, których powinien skrupulatnie przestrzegać. Ażeby doprowadzić pacjenta do trwałej równowagi psychicznej, potrzeba — często nawet przez kilka lat — roztaczać nad nim specjalny tryb leczniczo-wychowawczy.

Last not least koniecznem jest, jeżeli kuracja sanatoryjna ma mieć trwałe wyniki i pacjenta uchronić przed zgubą, aby ozdrowieniec wstąpił do stowarzyszenia abstynenckiego. Tylko w tem leży gwarancja, że nie powróci on do nałogu alkoholizowania się.

Pozostaje jeszcze cały szereg beznadziejnych alkoholików chronicznych, szkodliwych dla siebie samych i dla rodziny i społeczeństwa, którym żadna kuracja nie pomoże. Takich należałoby internować w osobnych internatach pod ścisłym dozorem.

Powinny być budowane dla nich (jak wogóle dla wszelkiego rodzaju niepoprawnych narkomanów, neuro-i psychopatów) osobne domy robocze gdzieś w lesie, zdala od liczniejszych osiedli ludzkich.

Pobyt w takim zakładzie powinien być obliczony na dłuższy czas, najmniej na dwa lata, w ciężkich przypadkach na dożywocie.

Wobec tego, że leczenie długie obciążałoby społeczeństwo, pobyt chorego w zakładzie musiałby być tak uwarunkowany, by pacjent nie był ciężarem dla społeczeństwa. Zakład powinien być odpowiednio zorganizowany i posiadać urządzenia oraz warsztaty pracy, gospodarstwo rolne, ogrodowe, leśne połączone z tartakiem, z rybołówstwem, żeby móc zatrudnić pracą przymusową, pożyteczną, produktywną, dochodową pacjentów, którzy są ciężarem dla społeczeństwa, za których nikt nie płaci, a którzy utrzymywaliby się jedynie z owoców swej pracy.

Alkoholików nie mających zrozumienia dla swego stanu, którzy nie chcą się dobrowolnie leczyć, należałoby umieścić w zakładzie na zasadzie przepisów, jakie obowiązują w zakładach psychjatrycznych przy umieszczaniu osób psychicznie chorych niebezpiecznych, ewentualnie ubezwłasnowolnić, i to ubezwłasnowolnić nie z przesłanek lekarskich, lecz ze względów społecznych, albowiem ten sposób ubezwłasnowolnienia da się łatwiej przeprowadzić.[1])

Hôpital psychiatrique public de Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil.
AL. PIOTROWSKI.

Le traitement des alcooliques dans les hôpitaux.

Par. AL. PIOTROWSKI.

Rapport préparé pour le X. Congrès des psychiatres polonais à Łódź du 7 au 9 juin 1930.

L'auteur place au premier rang à coté de l'abstinence la psychothérapie comme moyen par lequel un médecin expérimenté, abstinent, doué d'une volonté forte, ayant une profonde connaissance de

[1]) Al. Piotrowski: Alkoholizm i ustawodawstwo, Nowiny Psychjatryczne, 1924, 6-7.

l'âme humaine et de la question de l'alcoolisme et bon psychiatre, est en état d'obtenir d'heureux résultats thérapeutiques et de préparer le malade à une vie nouvelle.

Il considère comme un important agent éducateur l'emploi de la gimnastique et du travail utile adapté à l'individualité psychique de l'alcoolique, travail auquel le malade porterait intérêt, travail qui lui ferait plaisir et lui offrirait satisfaction, qui éveillerait son initiative et le fortifierait au physique.

L'auteur est sceptique par rapport à la valeur thérapeutique de l'hypnose, avertit devant l'abus des bains prolongés, invite à essayer l'autohémothérapie, appuie sur l'importance de la physiothérapie et son influence bienfaisante et suggestive sur l'âme du malade, indique les moyens à employer dans la thérapie des psychoses alcooliques, déclare l'hôpital psychiatrique comme le lieu propre au traitement de ces psychoses, éxige pour les alcooliques non psychotiques un traitement dans des sanatoria spéciaux, et pour les alcooliques incurables, moralement dégénérés l'internement dans les maisons de travail et l'interdiction pour raisons sociales, et non pour motifs psychiatriques. Les résultats thérapeutiques obtenus auprès des alcooliques psychopathes et oligophréniques sont moins satisfaisants, que les résultats obtenus chez les nonpsychopathes.

Zarys dziejów Szpitalnictwa psychjatrycznego w Wilnie od połowy XVII do początku XX stulecia.

Skreślił Dr. med. JULJAN PODWIŃSKI,

Kierownik oddziału psychjatrycznego Szpitala św. Jakóba w Wilnie.

Lekarzy, szpitali i aptek do XVI stulecia w Wilnie nie było.

Pierwszy szpital został założony w 1518 roku na prośbę pierwszego w Wilnie lekarza-kanonika i doktora medycyny Ks. Marcina z Dusznik (Duchnicki).

Król Zygmunt I nadał plac na Podzamczu przy „Mokrej Bramce", przy wylocie obecnej do dziś dnia ulicy Biskupiej na plac Katedralny; na placu tym tenże kanonik kosztem własnym wystawił szpital pod wezwaniem Św. Hioba, który potem otrzymał nazwę Szpitala Św. Marji Magdaleny od kaplicy, która przy nim stanęła.

Szpital mieścił się w niewielkim domku parterowym o kilku izbach dla 10 chorych, miał własną apteczkę, kuchnię, kaplicę i pomieszczenie dla posługacza. Szpital utrzymywał się z przewozu czółnowego na Wilji i w roku 1748 spłonął w pożarze, wkrótce odbudowany ze składek. Po rozbiorze Polski, w r. 1796, szpital ten z całym funduszem przeniesiono do nowootworzonego Generalnego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie na Łukiszkach.

Drugim Szpitalem był Szpital Św. Trójcy, zbudowany z polecenia króla Zygmunta I w r. 1536 ze składek mostowych na Wilji; mieścił się przy ul. Dominikańskiej przy kośc. Św. Trójcy, na rogu dzisiejszego zaułka Św. Ignacego.

Trzecim, według porządku chronologicznego, szpitalem w Wilnie był szpital Antokolski ŚŚ. Piotra i Pawła, założony w r. 1609 przy klasztorze kościelnym. Był to szpital-przytułek na 10 ubogich starców.

Czwartym zkolei, a pierwszym szpitalem psychjatrycznym w Wilnie, był Szpital Św. Krzyża, O. O. Bonifratrów.

Powstał on w pierwszej połowie XVII wieku, kiedy to w roku 1635 biskup wileński Abraham Wojna, sprowadził z Krakowa do Wilna dziesięciu braci Miłosiernych, czyli Bonifratrów i osadził w klasztorku przy kościele Św. Krzyża, oddając im przyległy niewielki piętrowy dom murowany. W domu tym Bonifratrzy założyli szpital dla obłąkanych i zarządzali nim do roku 1843-go, w którym to roku objęły go rosyjskie władze rządowe.

Szpital znajdował się w oficynie przy kościele, był niewielki, murowany, jedna sala była przeznaczona dla chorych mężczyzn, w innych trzymano obłąkanych.

Z procentów oraz jałmużny Bonifatrzy w pierwszych latach utrzymywali i leczyli 16 chorych, ale w razie potrzeby dostawiano jeszcze 6 łóżek z firankami. W przyszłości zaś liczba chorych obłąkanych stopniowo zwiększała się i dosięgła rocznie 300, dzienna liczba chorych wynosiła około 30 osób, a w roku 1812 było nawet 40 chorych dziennie.

Leczeniem zwykle zajmował się jeden z zakonników, który również przyrządzał lekarstwa i miał w swojem zawiadywaniu apteczkę.

Szpital ten, chociaż szczupły i mający wiele braków, był istnem dobrodziejstwem dla miasta, które do początku XIX stulecia nie posiadało podobnych zakładów i obłąkani włóczyli się bez opieki po ulicach Wilna.

Od początku XIX stulecia leczeniem umysłowo chorych zajmują się lekarze-psychjatrzy: Dr. Korzątkowski (r. 1818) i dr. Adam Fiszer (1820-1833); administracja zaś szpitala należała do O. O. Bonifratrów (Ks. Szawlewicz).

W latach 1832, 1834 i następnych z powodu przepełnienia szpitala dla obłąkanych O. O. Bonifratrów (gdzie było przeszło 30 chorych), psychicznie chorzy rozmieszczeni byli w Szpitalu Sawicz (12 chorych), Żydowskim (11 chorych) i Szpitalu Św. Jakóba (15 chorych).

Ze sprawozdań rocznych i miesięcznych o ruchu psychicznie chorych w szpitalu O. O. Bonifratrów widać, że przeciętna liczba miesięczna chorych w tym szpitalu nie przekraczała 40 osób. Z opieki i kuracji psychjatrycznej korzystali jedynie chorzy mężczyźni wszelkich stanów i klas, bez różnicy wyznania, wieku i miejsca pochodzenia. Opłata miesięczna za opiekę i kurację wynosiła od 10 do 25 rubli srebrnych, wynagrodzenie dla lekarza wynosiło 150 rubli rocznie, na lekarstwa i pijawki wydawano również 150 rubli rocznie. Z ksiąg chorych od roku 1838 do r. 1846-go wynika, iż rozróżniano następujące rozpoznania chorób umysłowych: 1) mania, 2) monomania, 3) mania phantastica, 4) mania chaotica, 5) mania mixta, 6) fatuitas, 7) mania melancholica, i 8) mania et paresis vesicae urinariae.

Czas pobytu chorych w szpitalu trwał od 25 — 30 lat do kilku dni.

W roku 1843-cim zgromadzenie Bonifratrów skasowano, a szpital oddano Magistraturze Opieki Społecznej (Prikaz Obszczestwiennawo Prizrienija), instytucji zależnej od Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Od roku 1845-go Szpital dla obłąkanych O. O. Bonifratrów staje się filją Generalnego Szpitala Św. Jakóba.

Pracujący w owym czasie, do roku 1831-go, w szpitalu dla obłąkanych Dr. Klemens Maleszewski w swej sprawozdawczej pracy literackiej z r. 1851-go pod tytułem „Prizrienje duszewno bolnych w Wileńskoj gubiernji", opisuje metody leczenia (właściwe jego epoce) umysłowo chorych, jak zimne kąpiele, pijawki, olejek rycynowy, napar maku etc.

W roku 1861-ym Dr. Klemens Maleszewski, psychjatra, na skutek własnej prośby otrzymuje od Magistratury Opieki Społecznej delegowanie do Petersburga na dwa miesiące (18. VI. — 19. VIII)

w celach naukowych dla obejrzenia tam domów dla obłąkanych, zaznajomienia się z metodami opieki i kuracji psychicznej szpitalnej stolicy i przeszczepienia tych metod na grunt wileński. Dr. Maleszewski pracował w Szpitalu O. O. Bonifratrów przez 33 lata (1831 - 1864).Po nim stanowisko objął Dr. Teofil - Józef Jundziłł.

Według etatu, ustalonego przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w dn. 16-go sierpnia 1845 roku, szpital przy kościele O. O. Bonifratrów dla obłąkanych posiadał 25 łóżek. Do roku 1870-go liczba korzystających z opieki zakładowej umysłowo chorych wahała się od 25-ciu do 29 i rzadko przewyższała liczbę ustaloną podług etatu.

W roku zaś 1872-im i 1873-cim liczba chorych zaczęła zwiększać się tak szybko i usilnie, że w końcu roku 1873-go liczba ta dochodziła do 39-ciu.

Zasługuje na uwagę okólnik Departamentu Lekarskiego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 4. 10. 1873 r., Nr. 1074, do gubernatorów. Z tego okólnika dowiadujemy się, że Minister Spraw Wewnętrznych Książe Łobanow-Rostowski, po obejrzeniu kilku zakładów Magistratury Opieki Społecznej w gubernjach, między innemi stwierdził, że oddziały dla umysłowo chorych przy szpitalach gubernjalnych były w stanie niezadowalniającym i więcej były podobne do więzień aniżeli do zakładów opieki nad umysłowo chorymi. Wobec powyższego minister poleca niezwłocznie dostarczyć mu przez gubernatorów dezyderaty, dotyczące możliwej poprawy oddziałów dla umysłowo chorych przy szpitalach gubernjalnych niezależnie od oczekiwanych w przyszłości budowy okręgowych szpitali dla umysłowo — chorych, przyczem minister uważa za konieczne, aby w dezyderatach, sporządzonych przez administracje poszczególnych szpitali, były podane mu następująee wykazy (raczej ścisłe i dokładne odpowiedzi na następujące pytania):

1. Czy w szpitalach gubernjalnych mieszczą się obecnie oddziały dla umysłowo chorych w ogólnych budynkach, czy też w osobnych pawilonach.
2. Czy chorzy są segregowani w poszczególnych salach według rozpoznania chorób umysłowych i czy oddzieleni są chorzy spokojni od niespokojnych i gwałtownych oraz zanieczyszczających się, tudzież znajdujących się na obserwacji psychjatrycznej z polecenia Zarządu Gubernjalnego, i jak się postępuje z osobami, uznanymi w szpitalach za umysłowo zdrowych.

3. Ilu przeciętnie chorych korzystało z opieki psychjatrycznej w ciągu ostatnich pięciu lat; ilu zaś było spokojnych, niespokojnych, gwałtownych, zanieczyszczających się, oraz znajdujących się na obserwacji psychjatrycznej celem ustalenia stanu umysłowego; o ile jest możliwe, podać również czas pobytu poszczególnych chorych w zakładzie razem z wynikami ich leczenia.
4. Na ile łóżek jest urządzony oddział, a ile jest potrzebnych w rzeczywistości, aby chorzy byli prawidłowo rozsegregowani.
5. Dostarczyć szczegółowe plany całego szpitala, plan położenia tego ostatniego, plan oddziału dla umysłowo chorych, z zaznaczeniem podziału sal, ilości powietrza w sążniach sześciennych, sposobu wentylacji lokalu, oraz kanalizacji i wodociągów całego szpitala. Prócz tego przedstawić wnioski, dotyczące projektu przyszłego oddziału psychjatrycznego szpitalnego, oraz konieczności wprowadzenia ulepszeń i potrzebnych inwestycji.
6. Dołączyć do powyższych wykazów opinje lokalne, dotyczące budowy nowych szpitali dla umysłowo chorych, względnie przystosowania starych budynków, a to w celu polepszenia warunków bytu chorych; wskazać również, z jakich źródeł można byłoby czerpać fundusz na zrealizowanie projektów doprowadzenia zakładów dla obłąkanych do najlepszego stanu.

W związku z powyższym okólnikiem ministra w lutym 1874-go roku Rada domu dla obłąkanych O. O. Bonifratrów w Wilnie zwróciła się do naczelnika gubernji z prośbą o urządzenie bezzwłocznie w częściach wolnych lokalu szpitala dla obłąkanych, które stoją pustkami, z braku środków na inwestycje, czasowego oddziału na 15 łóżek dla utrzymania w nim nowoprzybywających chorych, oraz dla celowego rozmieszczenia chorych, znajdujących się obecnie na kuracji.

Rada domu dla obłąkanych podaje następujące swe uwagi:

1. Dom dla umysłowo chorych, przeznaczony dla opieki i kuracji mężczyzn, zbadanych w zarządzie gubernjalnym i byłych na obserwacji w innych szpitalach, ma osobny lokal w ośrodku miasta.
2. Ze względu na małą ilość wolnych pokoi i brak osobnych budynków, w których by byli chorzy segregowani według

postaci choroby, należyta opieka umysłowo chorych jest niemożliwa.

3. W ciągu ostatnich 5-ciu lat średnia liczba korzystających z opieki wynosi 29 osób, najmniej 25 osób dziennie, największa liczba 39 (spokojnych 12, niespokojnych 8, gwałtownych 5, zanieczyszczających się 14).

Termin pobytu chorych jest różnorodny; od 25 lat do kilku dni, dostarczają bowiem chorych z innych szpitali za kilka dni do śmierci. Śmiertelność w ciągu 5 lat wynosi 12⁰/₀ i takiż odsetek stanowi liczba chorych, wypisanych z zakładu.

Prawie wszyscy wypisani przyjmują się jako chorzy na opiekę krewnych, gdyż rzeczywiste wyzdrowienie w tym zakładzie zdarza się rzadko, a to dlatego, że ogromna liczba większości przesyłanych chorych cierpi na przewlekłe, trudne, lub wcale nieuleczalne postacie chorób umysłowych i że w tym zakładzie niema żadnych urządzeń dla kuracji i pielęgnacji umysłowo chorych.

4. Etat zakładu stanowi 25 łóżek, mając zaś na względzie prawidłowe rozmieszczenie chorych, niezbędnem jest zwiększenie etatu do 50 łóżek. Statystyka ostatnich 12 lat daje średnią liczbę korzystających z opieki w ciągu roku $40^2/_3$ umysłowo chorych.

W chwili obecnej znajduje się w Zakładzie 40 osób i Radzie jest wiadomo, że jest jeszcze więcej kandydatów do wstąpienia.

5. Zakład (dom) dla obłąkanych w Wilnie składa się z 2-ch budynków, jednego dużego piętrowego i jednego mniejszego parterowego.

W pierwszym rozmieszczeni są wszyscy chorzy; tam się znajdują mieszkania intendenta i biuro szpitala.

W drugim budynku mamy pokój stołowy, kuchnię, łazienki, pokoje mieszkaniowe dla służących i felczera.

Parter dużego budynku stanowi:

A) dużą salę, mającą 36 sążni sześciennych powietrza. W obecnej chwili znajduje się w niej 16 osób umysłowo chorych i tu stale mieszkają młodzi felczerzy i służący. Wentylacja odbywa się w czasie palenia w piecu za pomocą lufcików.

B) Następnie mamy pokój dla jednego gwałtownego chorego; zawiera powietrza mniej $2^1/_2$ sążni sześciennych.

C) Pokój dla niespokojnych; zawiera $3^1/_3$ sążni sześciennych i mieści obecnie trzech chorych.
D) Pokój dla brudasów (8 sążni sześc.) na 5 ludzi.

W tych trzech ostatnich pokojach, wentylacja odbywa się za pomocą lufcików; piece się palą z korytarza.

E) Pokoje zajęte przez księdza, służącego przy tutejszym kościele (Św. Krzyża). Na tymże parterze znajduje się chłodny korytarz, chłodna sień, śpiżarnia, która zajmuje mniej jednego sążnia we wszystkich kierunkach.

Piętro tegoż budynku stanowi:

A) korytarz (13 sążni długi, 1 sążeń szeroki i $1^1/_6$ sążni wysoki) powietrza zawiera 15 sążni sześciennych;
B) po obu stronach korytarza znajdują się po 2 pokoje jednakowej wielkości;
C) mieszkanie intendenta;
D) lokal dla biura szpitala: zawiera razem 16 sążni sześciennych powietrza.

Dalej idą duże spiżarnie niejednakowej wielkości, i 8 osobnych numerów (cel);

I zawiera około 4 sążni sześciennych powietrza.
II zawiera mniej 2 s^3;
III, IV, VII i VIII zawierają po $3^1/_2$ sążni sześciennych,
V cela nieco więcej 4 sążni sześciennych
VI „ „ mniej „ „ „
a wszystkie cele razem zawierają około 27 sążni sześciennych powietrza. Na oddziale tym znajduje się obecnie 15 chorych umysłowo.

Palenie w piecach odbywa się od strony korytarza; wentylacja — za pomocą lufcików.

Mniejszy parterowy budynek stanowi;

A) Pokój stołowy (zawiera 12 sążni sześc. powietrza), B) Kuchnia, C) sień, D) pokój dla 4-ch pielęgniarzy (5 sążni sześciennych powietrza), E) Łazienki (2 wanienki) pojemności $2^1/_2$ sążni sześciennych powietrza, F) kocioł do grzania wody, G) korytarz, H) mieszkanie dla felczera ($2^1/_2$ sążni sześc.), I) mieszkanie dla pielęgniarza (2 sążni sześc.).

Instalacja wodociągowa specjalnego urządzenia nie posiada. Na podwórku znajduje się studnia.

Rada uważa za potrzebne:

1. budowę nowego budynku, od strony głównego gmachu,

który ma być przeznaczony na salę dla niespokojnych i gwałtownych — na 15 łóżek. W budynku tym pożądanem jest urządzenie 2-ch ciemnych pokoi o miękkich ścianach i takiej podłodze;

2. dobudowanie do większego starego budynku oficyny, gdzie mają być mieszkania dla lekarza, intendenta, biura szpitala, dwa pokoje dla szpitala i dwuch dużych światłych pokoi dla warsztatów oraz rozrywek umysłowo chorych;
3. budowę pralni, łaźni, kaplicy dla kostnicy z pokojem dla sekcyj,
4. kapitalną przebudowę starych budynków z urządzeniem w nich prawidłowej wentylacji, wreszcie
5. postawienie naokoło zakładu wysokiego parkanu drewnianego na słupach kamiennych, przebudowanie ustępów i rozebranie zwiotczałych klasztornych i gospodarczych budynków.

W przeciągu następnych lat kilkunastu dokonywały się wyżej projektowane ulepszenia inwestycyjne zakładu, który do stycznia r. 1903-ciego był jednym z największych szpitali psychjatrycznych w Wilnie, obok z istniejącymi oddziałami psychjatrycznymi przy szpitalach Św. Jakóba i Żydowskim.

Przeciętna dzienna liczba chorych wynosiła około 60 osób. Lekarzem - psychjatrą od roku 1864-go do 1903-go był Dr. Józef Jundziłł.

Z chwilą otwarcia Szpitala Okręgowego dla umysłowo chorych w Nowej Wilejce (na 1000 łóżek) przeniesiono tam 37 mężczyzn niespokojnych (oraz ich lekarza, który otrzymał stanowisko ordynatora Szpitala Okręgowego). Odtąd pierwszy w Wilnie szpital psychjatryczny O. O. Bonifratrów przestaje istnieć de iure, zaś de facto staje się on przytułkiem dla marantyków na 85 łóżek, do jesieni zaś r. 1915-go (początek okupacji niemieckiej Wileńszczyzny) gości w swych murach 28 zniedołężniałych i z daleko posuniętem otępieniem umysłowo chorych.

Opiekuje się chorymi Dr. Eustachy Sauser, ordynator Szpitala Św. Jakóba. Taka jest historja I-szego szpitala psychjatrycznego w Wilnie.

* *
*

W roku 1723-cim Stefan Slizień, pisarz ziemski oszmiański, dał XX. Dominikanom Łukiskim sumę 4,000 złotych, z obowiązkiem,

aby z procentów tej sumy 12 ubogich opatrywali i reperację budynku szpitalnego przy kościele ŚŚ. Filipa i Jakóba utrzymywali. Obowiązek ten X. X. Dominikanie spełniali aż do roku 1809-go, w którym to roku Magistratura Opieki Społecznej sumę tę z procentami na zawsze ustąpiła X. X. Dominikanom, za ustąpioną przez nich część klasztoru z całem zabudowaniem na Główny Szpital (obecnie gmach Kliniki Neurologicznej i I. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. S. B.).

Z powyższego wynika, iż zalążek Szpitala Św. Jakóba, na 12 ubogich, powstał w roku 1723-cim.

W 70 lat później, w r. 1795-tym. gdy, po rozbiorze Polski, Litwa przeszła pod panowanie Rosji, wtedy z rozkazu Księcia Repnina, generał — gubernatora litewskiego, w mieścia Wilnie ustalona została t. zw. Komisja Szpitalna w składzie 14 osób (7 członków świeckich i tyleż duchownych), która objęła w r. 1799 dn. 16-go VI. Szpital pod wezwaniem ŚŚ. Apostołów Filipa i Jakóba w klasztorze X. X. Dominikanów na przedmieściu Łukiszkach.

Szpital ten otrzymał nazwę Generalnego Szpitala i był największym podówczas w Wilnie.

Fundusze tego szpitala składały się z funduszów, połączonych w jedno, innych zamkniętych wówczas szpitali wileńskich, jako to:

1) Rochitańskiego (Św. Rocha), założonego w r. 1709 i wybudowanego przez tercjarza Jana Jarołowicza pod Zamkiem, u wylotu dzisiejszych ulic Królewskiej i Zamkowej. Szpital ten był przeznaczony dla 40 ubogich chorych kobiet, najbardziej się zasłużył w Wilnie w r. 1710-tym w czasie strasznego morowego powietrza. Chorych pielęgnowali bracia miłosierdzia albo Rochici, obowiązkiem których było ubogich chorych, sposobu nie mających, pod murem leżących, do swego szpitala zabierać, opatrywać, leczyć; umarłych zaś, nawet na ulicach znalezionych, kostem własnym grzebać. Szpital Rochitański miał pięć infirmerji, z tych trzy dla ogólnych chorych i dwie dla chorych zarażonych chorobą francuską (lues). Rochici do pomocy mieli 2-ch felczerów.

2) Szpitala Najświętszego Spasa, założonego w r. 1560, mieszczącego się w potężnych murach, położonych na 2-ch placach przy zbiegu ul. Sawicz, a bramy Zarzecznej, obok Weterynarji i cerkwi Spasa. Szpital ten przeznaczony wyłącznie dla prawosławnych został zamknięty w r. 1795,

zaś fundusze i chorych przeniesiono do Generalnego Szpitala Św. Jakóba.

3) Szpitala SŚ. Józefa i Nikodema, założonego przez bractwo tejże nazwy w roku 1631-ym, po uzyskaniu aprobaty od króla Zygmunta I. Mieścił się w budynku murowanym za Ostrą Bramą, przy obecnym zaułku Nikodemskim, i był przeznaczony wyłącznie dla chorych ubogich, a utrzymywany przez bractwo kosztem zbieranej dla ubogich jałmużny. W r. 1796-tym fundusze szpitala tego, wraz z chorymi, przeniesiono do nowootworzonego Generalnego Szpitala Św. Jakóba.

4) Szpitala Św. Marji Magdaleny (patrz str. 68).

5) Szpitala Św. Trójcy (patrz str. 69).

6) Szpitala Antokolskiego Św. Piotra, założonego w roku 1609-tym przy kościele tejże nazwy. Szpital ten utrzymywał do roku 1632-go dziesięciu ubogich starców.

7. Arcybractwa Bożego Ciała, założonego w roku 1579-tym przez X. Piotra Skargę, sławnego za królów Stefana i Zygmunta kaznodziei, a potem rektora Akademji Wileńskiej. Ks. Skarga, na wzór Arcybractwa Bożego Ciała w Rzymie, urządził kaplicę w kościele Św. Jana przy zakrystji, dokąd wprowadził Bractwo Miłosierdzia, którego największym celem było wspomożenie ubogich przez jałmużnę, odwiedzanie co tydzień szpitalów i więzień z zaniesieniem chorym i więźniom wyznaczonej przez bractwo jałmużny. Fundusze arcybractwa stanowiły trzy duże kamienice w Wilnie, które to fundusze w r. 1796 przelane zostały do funduszy, w jedno połączonych, Generalnego Szpitala Św. Jakóba.

Komisja Szpitalna rządziła Szpitalem Św. Jakóba aż do roku 1808-go, w którym Ks. Rimskij Korsakow, gubernator wojenny litewski, po obejrzeniu wszystkich szpitali wileńskich, polecił tejże Komisji oddać główny Szpital (Św. Jakóba), „pod zupełne rządy Sióstr Miłosierdzia". Jak wynika z treści pisma tegoż gubernatora, „Siostry Miłosierdzia przykładnem staraniem swojem, przy szczupłych funduszach, doprowadziły swój szpital, przy ul. Sawicz, do najlepszego stanu".

Tu zaznaczyć wypada, że Szpital Sawicz, istniejący dotychczas, założony i zbudowany w roku 1743-cim, do końca XVIII i początku XIX wieku był największym szpitalem w Wilnie (na 150

łóżek). Pracują w nim Prof. Becu, Prof. Józef Frank, Dr. Szymkiewicz i inni, zaszczytnie znani, lekarze XIX stulecia.

W Szpitalu Św. Jakóba naczelnym lekarzem był Dr. Płociń\ski (w r. 1804), Prof. Bryoli (w r. 1812) i Dr. Barankiewicz (w r. 1829).

Wszakże oddanie Generalnego Szpitala Św. Jakóba Zarządowi Sióstr Miłosierdzia nastąpiło dopiero wtedy, gdy miejsce Komisji Szpitalnej zajęła Magistratura, czyli Izba Powszechnej Opieki.

Odbyło się to dnia 14-go września 1809-go roku na mocy konwencji, zawartej przez Magistraturę z wizytatorem Zgromadzenia Księży od Św. Wincentego a Paulo.

Od tego czasu Siostry Miłosierdzia utrzymywały ten szpital i zawiadywały nim, pod zwierzchnictwem jednak Magistratury Powszechnej Opieki (Prikaza Obszczestwiennago Prizrienija).

Generalny Szpital posiadał 250 łóżek etatowych: 200 łóżek dla starców i inwalidów i 50 dla chorych.

Fundusze szpitala tego stanowiły 22 place z domami w różnych częściach miasta. W roku 1826-tym dokupiono jeszcze jeden plac, od właścicielki Łukocewiczowej, przyległy do szpitala, na rozszerzenie dziedzińca.

Powyższe domy i place, stanowiące fundusze zamkniętych ówczesnych szpitali wileńskich, oprócz kamienicy szpitalnej przy kościele Św. Trójcy, Komisja Szpitalna w r. 1799 wypuściła na czynsz wieczny.

W roku 1802-gim w Generalnym Szpitalu Św. Jakóba było chorych:

1)	sekretnych mężczyzn	24
2)	„ kobiet	27
3)	położnych „	6
4)	inwalidów obojga płci	138
	Razem	195 osób

W roku 1804-tym do Szpitala przyłączono szpital wojskowy.

Z notatek Ks. Jana Kurczewskiego, byłego proboszcza kościoła Św. Jakóba wynika, że na początku XIX. stulecia (rok 1804-1809) szpital posiadał następujące oddziały:

a) oddział dla chorych, dotkniętych przymiotem kobiet;
b) oddział dla obłąkanych płci obojga;
c) oddział dla położnych;
d) oddział dla weteranów wojskowych.

W roku 1812-tym Szpital Św. Jakóba, wraz z kościołem przy nim, był szpitalem armji francuskiej.

Ze znalezionych wypadkowo sprawozdań Szpitala Sióstr Miłosierdzia Św. Jakóba w Wilnie za lata 1832 i 1833-ci wynika, że w szpitalu tym prócz chorych na choroby infekcyjne (ospa, odra, tyfus, malarja, cholera etc.) leczono chorych chirurgicznych, położnych, wenerycznych (liczba tych ostatnich przekraczała 300). Prócz tego korzystało z opieki i kuracji 22 umysłowo-chorych, 46 epileptyków i kataleptyków oraz 250 chorych chroników (tabes, marasmus, paralysis totalis chronica etc.).

W roku 1838-ym rozpoczyna się w szpitalu przebudowa głównego budynku (obecnie lokal 2-ch klinik U. S. B.) i budowa nowego skrzydła w starym budynku (obecnie oddział psychjatryczny). Według projektów inwestycyjnych w pierwszym miała się mieścić „rozdzielnia żywności dla chorych", w drugim zaś kuchnia, sień, rozbieralnia, łaźnia, pokój do grzania wody, żeński przytułek na 50 osób, sień, przytułek męski na 50 osób, pralnia, biuro szpitala, mieszkanie intendanta, wreszcie mieszkania dla 5 felczerów.

Przeznaczono na to 22.000 rubli.

Niezależnie od tego, w roku 1841 rozpoczęto budowę nowego gmachu szpitalnego na 120 łóżek, którą to budowę zakończono w roku 1847 (obecnie oddział chirurgiczny szpitala) kosztem 37.104 rubli srebrnych. Naczelnym lekarzem szpitala w owym czasie był Dr. Sobolewski, kuratorem Hrabia Zabiełło.

W roku 1846-tym przerobiono stary budynek oraz wykończono nowe jego skrzydło. W budynku tym można było umieścić 96 chorych, których utrzymanie nie było przewidziane w budżecie.

W okresie tym szpital przyjmował chorych wszystkiego rodzaju, a więc; chorych tyfusowych, cholerycznych, syfilityków (liczba ostatnich sięgła ponad 300 w ciągu roku), chirurgicznych, położnych, umysłowo chorych, epileptyków, kataleptyków oraz chroników (morbi varii chronici).

Z powyższego wynika, że w obecnym lokalu oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba, w roku 1864-tym mieścił się przytułek na 96 chorych chroników, przyczem jedna sala, w roku zaś 1847-ym dwie sale tegoż lokalu przeznaczone były dla umysłowo chorych kobiet.

Przypuszczać należy, iż w przyszłości liczba psychicznie chorych kobiet znacznie się zwiększyła, gdyż przy Szpitalu O. O. Bo-

nifratrów, jak wyżej zaznaczyłem, korzystali z opieki psychjatrycznej wyłącznie mężczyźni.

W roku 1845-tym, z powodu przepełnienia w Wilnie 2-ch oddziałów psychjatrycznych przy Szpitalu Św. Jakóba i Szpitalu Żydowskim (założonego w roku 1805 przez Żydowskie Bractwo Szpitalne w zakupionej w końcu XVIII wieku kamienicy piętrowej przy ulicy Zawalnej) oraz zakładu dla umysłowo chorych OO. Bonifratrów, powstał projekt budowy dużego szpitala na terenie miasta Wilna.

Władze rosyjskie wysuwały projekt urządzenia szpitala dla umysłowo chorych w gmachu byłej Akademji rz-kat. Duchownej w Wilnie przy ulicy Sawicz.

Dnia 15 go października 1845-go roku polecono wileńskiemu architektowi gubernjalnemu sporządzić plan przeróbki budynku byłego klasztoru Augustjanów, przy zbiegu ulic Sawicz i Bakszty, na szpital psychjatryczny, na 75 łóżek (w tem 20 dla kobiet). Zaznaczyć wypada, że w gmachu tym od roku 1833-go do roku 1842-go istniała Akademja Duchowna, wyodrębniona z wydziału teologicznego zamkniętego Uniwersytetu Wileńskiego.

Po przeniesieniu Akademji Duchownej do Petersburga klasztor uległ konfiskacie, a kościół zamieniony został na cerkiew Św. Andrzeja.

Projektowany szpital miał obsługiwać ludność trzech gubernij: Wileńskiej, Kowieńskiej i Grodzieńskiej. Projekt przeróbki budynków byłej Akademji Duchownej na szpital psychjatryczny, po latach trzech urzędowych korespondencji i dyskusji, w roku 1848-ym upadł, a to w związku z nowo-wysuniętym projektem budowy centralnego domu (zakładu) dla obłąkanych na 150 łóżek dla mieszkańców sześciu gubernji kraju: Wileńskiej, Kowieńskiej, Grodzieńskiej, Mińskiej, Mohylewskiej i Witebskiej.

Jako miejsce upatrzone na budowę tego szpitala była Górka Pohulańska w Wilnie, mniejwięcej w okolicach obecnej ul. Teatralnej i lokalu gimnazjum imienia króla Zygmunta Augusta.

Zasługuje tu na uwagę korespondencja kuratora Szpitala Św. Jakóba i Zakładu dla obłąkanych OO. Bonifratrów, hrabiego Zabiełły, do władz rządowych zaborczych.

Z tej bowiem korespondencji wynika, iż kurator celowo odciągał termin zrealizowania projektów rządu dotyczących przeróbki budynku byłej Akademji Duchownej na szpital dla umysłowo chorych i pisał do władz w ten sposób;

„Proponuję narazie sporządzić budżet na zakup sprzętów i mebli oraz skomplikowanego inwentarza szpitalnego, a więc: łóżek żelaznych, krzeseł bezpieczeństwa i t. d., przyczem zaznaczam, iż zakupienie tych rzeczy dla projektowanej instytucji leczniczej może zabrać więcej czasu, aniżeli dokonanie przeróbki budynku byłej Akademji Duchownej“.

W marcu 1846-go roku, wobec przeszkód do wybudowania gmachów „Centralnego domu dla obłąkanych“ na Górce Pohulańskiej, z powodu małego obszaru gruntu w stosunku do projektowanego planu, powstaje myśl obrania miejsca budowy takiego szpitala na przedmieściu Łukiszkach i Snipiszkach. W tym celu tworzy się komitet pod przewodnictwem naczelnika gubernji. W skład tego komitetu weszli: kurator domu dla obłąkanych O. O. Bonifratrów, hrabia Zabiełło, inspektor lekarski, architekt gubernjalny, geometra gubernji i głowa miasta.

Komitet ten w lutym 1854-go roku rozpoczął pertraktacje z właścicielami placów Skindera, Gasztowtów i Niedbałowskiej na przedmieściu Łukiszkach, od których to właścicieli zamierzał nabyć działki ziemi pod budowę Szpitala Centralnego dla umysłowo chorych w Wilnie na 150 łóżek.

A więc w latach 40-tych ubiegłego stulecia zakwitła myśl budowy w Wilnie dużego szpitala psychjatrycznego.

Dyskusja dotycząca budowy tego szpitala trwała z przerwami, tak jak obecnie za naszych czasów, około lat 50; dopiero w r. 1898 przystąpiono do budowy okręgowego szpitala dla umysłowo chorych pod Nową Wilejką, w majątku rządowym „Wiluciany“, według projektu Dyrektora Departamentu Lek. Min. Spraw Wewnętrznych Ragozina. Po pięciu latach budowy, w roku 1903-cim, otwarto w Nowej Wilejce szpital psychjatryczny na 1000 chorych pochodzących z 5 gubernji kraju północno — zachodniego, a więc: wileńskiej, grodzieńskiej, mińskiej, kowieńskiej i witebskiej.

Niezależnie od powyższego, w tym samym czasie (rok 1899), powstaje projekt rozszerzenia oddziału psychjatrycznego przy Szpitalu Św. Jakóba.

W roku 1903-cim oddział ten reorganizuje się, według wymagań ówczesnej wiedzy psychjatrycznej, dla umysłowo-chorych płci obojga (jak to wynika z treści pisma urzędowego naczelnika gubernji do naczelnika kraju) z psychozami ostremi. Oddział ma mieć 90 łóżek etatowych i obsługiwać ludność wyłącznie Ziemi Wileńskiej.

Oddział przebudowano tak, że w dalszym swym rozwoju, od roku 1903 i później, został on stacją zdawczą dla Okręgowego Szpitala Psychjatrycznego w Nowej Wilejce.

Jednocześnie, jak już zaznaczyłem, istniał w Wilnie przy Szpitalu Żydowskim (ul. Zawalna 42) oddział dla psychicznie chorych żydów płci obojga na 60 łóżek. Kierownikiem oddziału od marca 1901-go roku był Dr. A. Wirszubski.

Z chwilą otwarcia Spitala Okręgowego w Nowej Wilejce w styczniu roku 1903-go, najstarszy szpital psychjatryczny w Wilnie OO. Bonifratrów zostaje skasowany de iure, wszystkich bowiem chorych, w liczbie 37, przeniesiono dn. 2-go stycznia tegoż roku do Nowej Wilejki.

Powiedziałem de iure, gdyż de facto, aż do jesieni 1915 roku, korzystało z opieki psychjatrycznej byłego Szpitala OO. Bonifratrów około 30 spokojnych (z daleko posuniętem otępieniem) psychicznie chorych.

W tym czasie do Okręgowego Szpitala przeniesiono ze Szpitala Św. Jakóba 106 chorych (mężczyzn 44, kobiet 62). Pozostało wtedy tylko 9 mężczyzn i 5 kobiet przy 4 osobach personelu pielęgniarskiego (2 kobiety i 2 mężczyźni). Chorych pozostałych, łącznie z 3-ma przeprowadzonymi ze Szpitala OO. Bonifratrów, umieszczono na oddziale dla spokojnych.

Pośród przeprowadzonych do Szpitala Okręgowego umysłowo chorych były chore kobiety, pozostające na opiece Szpitala Św. Jakóba od roku 1873-go. Pozostawały więc one w szpitalu bez przerwy w ciągu 30 lat.

W styczniu 1903-go roku ze Szpitala Żydowskiego przeprowadzono do Nowej Wilejki 65 umysłowo chorych (mężczyzn 36, kobiet 29); pozostało wtedy 4 chorych, lecz liczba ostatnich w ciągu krótkiego czasu wzrosła znacznie.

Ciekawą jest ze statystyki rzeczą, że w grudniu 1902-go roku, a więc w przededniu przeprowadzenia psychicznie chorych z Wilna do Nowej Wilejki, liczba chorych psychicznie w Szpitalu Św. Jakóba przekraczała połowę ogólnej liczby wszytkich szpitalnych chorych, tak: na 209 chorych szpitalnych, psychicznych było 121; takie same zjawisko spotykamy w Szpitalu Żydowskim, gdzie psychicznie chorych było 69 na 114 chorych szpitalnych.

Pomimo otwarcia w Nowej Wilejce Szpitala Okręgowego, oddziały psychjatryczne przy Szpitalach Św. Jakóba i Żydowskim były stale przepełnione: w pierwszym liczba chorych stale przekra-

czała 90, w drugim 60 osób. Trwało to w ciągu lat przeszło 12, a więc do chwili ewakuacji Okręgowego Szpitala w Nowej Wilejce, w sierpniu 1915-go roku, w czasie wielkiej wojny światowej.

Kierownikiem oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba od roku 1908-go był Dr. Eustachy Sawicz, zastępcą zaś jego w czasie urlopu Dr. Mikołaj Kraińskij, były pierwszy dyrektor Okręgowego Szpitala w Nowej Wilejce.

Szpitalowi w Nowej Wilejce poświęcę osobną pracę; wspomnę tu tylko nazwiska 4-ch dyrektorów tego dużego zakładu, są to bowiem znani w świecie lekarskim psychjatrzy: Dr. Kraińskij, Dr. Toporkow, Dr. Chardin i ostatni dyrektor Dr. Jakubowicz.

Niezależnie od tych szpitali, Wileńszczyzna miała przed wojną patronage familiale sui generis, w miejscowości Deksne, o 6 kilometrów odległej od stacji kolejowej Olkieniki.

Stacja ta jest 4-tą od Wilna, skąd jedzie się koleją 2 godziny w stronę Grodna. Dojazd od stacji Olkieniki do wsi Deksne trwa końmi około 2-ch godzin.

Wioskę Deksne zamieszkują żydzi w składzie około 40 rodzin, ogółem około 200 osób, mieszczących się w 30 chatach.

W chatach ciasno i brudno, wanienek i łaźni brak.

Przed wojną mieszkało tu około 100 umysłowo chorych, korzystających z opieki rodzinnej. W chwili obecnej przebywa w wiosce około 40 chorych z daleko posuniętem otępieniem. Odżywianie i opieka chorych — niedostateczna (opłata za utrzymanie i żywienie 50 złotych miesięcznie). Zupełny brak kontroli lekarskiej.

O opiece psychjatrycznej pozaszpitalnej na terenie Wileńszczyzny oraz jej potrzebie pomówię na innem miejscu.

Z chwilą wybuchu wielkiej wojny wszechświatowej następuje w szpitalnictwie psychjatrycznem Wileńszczyzny klęska.

W końcu lipca 1915-go roku Szpital Okręgowy pod Nową Wilejką zostaje całkowicie ewakuowany. Chorzy, personel i inwentarz szpitalny wywożą się w głąb Rosji i rozmieszczają się w Sławiańsku, Moskwie i Pskowie.

Wtedy w Wilnie pozostają tylko dwa oddziały psychjatryczne szpitalne: przy Szpitalu Św. Jakóba na 90 łóżek, oraz Szpitalu Żydowskim na 60 łóżek; a więc liczba łóżek psychjatrycznych w Wileńszczyźnie zmniejszyła się dziesięciokrotnie.

Okupacja niemiecka Wileńszczyzny rozpoczęła się we wrześniu 1915 roku i trwała do dnia 31-go grudnia 1918-go roku.

Ponieważ Szpital Św. Jakóba w owym czasie był przepełnio-

ny jeńcami rosyjskimi, zwłaszcza rannymi, władze okupacyjne niemieckie zaczęły lokować wszystkich bez wyjątku umysłowo chorych bez różnicy płci, wieku, wyznania, miejsca pochodzenia etc. w Szpitalu Żydowskim (Jüdisches Krankenhaus, Abteilung für Geisteskranke).

Wobec tego, iż w krótkim czasie szpital powyższy został ze wszech miar przepełniony, a nowych chorych nie było gdzie ulokować, w kwietniu r. 1917-go władze okupacyjne przewiozły z Wilna wszystkich psychicznie chorych do Taurogów (Ziemi Kowieńskiej), gdzie był urządzony przez okupantów szpital centralny dla całej Litwy na 250 umysłowo chorych.

Reorganizując szpitalnictwo w Wilnie, okupańci w tym właśnie czasie skasowali Szpital Św. Jakóba, psychicznie chorych wywieźli do Taurogów, somatycznych zaś przeprowadzili do gmachu sali miejskiej w Wilnie (ul. Ostrobramska 5), gdzie był urządzony szpital ogólny. Szpital Św. Jakóba był oddany do dyspozycji intendentury armji okupacyjnej i na mieszkania dla władz sanitarnych miasta i kraju.

Od tej pory przy Szpitalu Żydowskim istniał nieduży oddział psychjatryczny na 20 łóżek w charakterze stacji zdawczej dla szpitala w Taurogach, dokąd kierowano okresowo psychicznie chorych partjami po 8 — 10 osób, w miarę przepełnienia stacji zdawczej.

W sierpniu roku 1918 go, po reewakuacji chorych byłego Szpitala Św. Jakóba z sali miejskiej na stałe miejsce swego pobytu, został przez okupantów ponownie otwarty również oddział psychjatryczny przy Szpitalu Św. Jakóba.

Do oddziału tego przewieziono wszystkich psychicznie chorych, pozostających wówczas w szpitalu centralnym w Taurogach — w liczbie 9 (dziewięciu) osób. Oczywiście reszta chorych, przewiezionych do Taurogów, wymarła z głodu.

Ponieważ stacja zdawcza przy Szpitalu Żydowskim w Wilnie została z powodu pęknięcia ściany szpitalnej i innych braków gospodarczych przez okupantów skasowana, przeto od sierpnia 1918-go roku oddział psychjatryczny Szpitala Św. Jakóba staje się na szereg lat jedynym szpitalem psychjatrycznym na terenie Wileńszczyzny.

Z chwilą objęcia przeze mnie stanowiska ordynatora oddziału psychjatrycznego tego szpitala, w listopadzie 1918-go roku, liczba chorych wynosiła 36 osób płci obojga, chrześcijan i żydów — przeważnie pacjentów 2-ch ówczesnych psychjatrów wileńskich D-rów

Wirszubskiego i Regensburga. Liczba nowowstępujących chorych stopniowo wzrastała tak, iż na początku grudnia 1918-go roku przebywało na oddziale 73 chorych płci obojga.

Tu uważam za wskazane zaznajomić czytelnika z opisem budowy zakładu, który, jak wyżej zaznaczyłem, w roku 1903-cim był przez władze rosyjskie, po dokonaniu gruntownych przeróbek budowlanych, urządzony według wymogów ówczesnej psychjatrji, jako wzorowy oddział szpitalny na 90 łóżek dla chorych o psychozach ostrych.

Oddział psychjatryczny szpitala Św. Jakóba jest położony w miejscowości zacisznej, wolnej od gwaru i ruchu miejskiego, koło brzegu Wilji, w głębi podwórka szpitalnego.

Mieści się w rozszerzonym i przebudowanym po raz pierwszy w roku 1846-tym starym murowanym budynku piętrowym.

Na parterze urządzono oddział męski na 45 łóżek, na piętrze zaś oddział żeński na tyleż łóżek.

Budynek ten dość ciepły, o wyglądzie zewnętrznym względnie estetycznym, biały; jedynie może żelazne kraty okienne, na biało pomalowane, nie harmonizują z ogólnym wyglądem budynku.

Oddział szpitalny jest skanalizowany, o żelaznych piecach, w korytarzach zaś przejściowych i gabinecie lekarza o piecach z kafli białej.

Lokal posiada instalację elektryczną, wentylację niedostateczną (lufciki), urządzenie kąpielowe zbyt prymitywne; ustępy małe. Brak rozgraniczenia sypialni od sal dziennych.

W budynku tym w roku 1918-ym mieściły się ponadto urządzenia gospodarcze dla całego Szpitala, jak kuchnia, pralnia, składnica bielizny i mieszkanie dla gospodyni szpitala.

Główne drzwi wejściowe z klatką schodową dzielą cały budynek szpitalny na dwie połowy. Lewa na parterze składa się:

a) z gabinetu lekarza (powierzchnia podłogi $3,6 \times 5,1 = 18,36$ m^2).

b) sali Nr. I (o powierzchni podłogi $9,4 \times 6,3 = 59,2$ m^2) t. zw. obserwacyjnej, dla chorych nowoprzybywających — na 10 łóżek.

c) sali Nr. II (pow. podłogi $9,3 \times 3,9 = 36,3$ m^2) obserwacyjnej dla chorych dawniej przyjętych, którzy wymagają stałego i ścisłego dozoru, na 5 łóżek.

d) sali Nr. III (pow. podłogi $7,8 \times 4,4 = 34,3$ m^2) infirmeryjnej, dla chorych słabych, przeważnie obłożnie chorych, na 5 łóżek.

e) sali Nr. IV (powierzchnia podłogi 7,8 $\times$ 4,3 = 33,5 m^2) dla chorych spokojnych i nadających się do pracy fizycznej, na 5 łóżek.

Z sali III-ciej prowadzą drzwi do korytarza, z którego wiodą jedne drzwi do wanienki, — drugie do pokoju ustępowego, o 5 sedesach.

Druga zaś, prawa połowa parteru składa się z pokoju widzeń, następnie

f) sali V-tej (o powierzchni podłogi 8,7 $\times$ 7,3 = 63,5 m^2) dla chorych hałaśliwych t. zw. półspokojnych, na 10 łóżek.

g) Sali VI-tej (z powierzchnią podłogi 9,7 $\times$ 7,3 = 70,8 m^2) dla chorych gwałtownych i niebezpiecznych dla otoczenia, na 10 łóżek. W sali tej znajdują się trzy izolatki, przeznaczone dla zamroczonych epileptyków.

Taki również rozkład sal widzimy na piętrze, przeznaczonem dla psychicznie chorych kobiet, z tą jednak nieznaczną różnicą, że gabinet lekarza znajduje się w Nr. sali I., w jednym z rogów, odgrodzony dwiema pruskiemi ściankami.

Inwentarz oddziałowy był naogół bardzo skąpy i biedny: łóżka dla chorych żelazne, sienniki ze słomy, poduszki częściowo ze słomy, częściowo z pierza; koce i bielizna pościelowa zwiotczała; bielizna dla chorych i szlafroki łatane; meble i sprzęty zbyt prymitywne.

Aperçu sur l'histoire du service des hôpitaux psychiatriques à Vilno depuis le XVII. siècle jusqu'au commencement du XX. siècle.

Par le Dr. JULIEN PODWIŃSKI (Vilno).

L'auteur — médecin en chef de l'hôpital psychiatrique à Vilno — donne un aperçu documenté sur l'histoire des hôpitaux psychiatriques à Vilno. L'initiative de l'organisation du service psychiatrique fut donnée par des religieux nommés ici Bonifratelli, qui en 1635 fondèrent un asile d'aliénés à Vilno. L'auteur cite les noms des premiers médecins-aliénistes à Vilno au début du XIX. siècle. Il s'occupe tout particulièrement de l'histoire de l'hôpital St. Jacques depuis sa fondation en 1806 jusqu'à nos jours et examine les procédés de traitement et des soins adaptés dans cet hôpital au cours des diverses phases de son existence.

Kongresy.

XIII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

w dniu 26 — 29. IX. 1929. 18. Sekcja Psychjatrji
(IX Zjazd Psychjatrów Polskich).

Sprawozdanie

opracował Dr. ŚWIERCZEK — Dziekanka.

Posiedzenie I. czwartek, 26. IX. 29, godz 16.

(wspólnie z sekcją neurologiczną i sekcją med. wojskowej).

Prof. Radziwiłłowicz jako gospodarz zagaja IX Zjazd Psychjatrów Polskich i wita przybyłych w imieniu Komitetu Organizacyjnego. Podkreśla znaczenie IX Zjazdu odbywającego się w ramach XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w murach starego grodu polskiego Wilna. Przemówienie przyjęto gorącymi oklaskami. Następnie prof. Radziwiłłowicz proponuje prof. Mazurkiewicza na przewodniczącego, co zostaje przyjęte przez aklamację. Prof. Mazurkiewicz, obejmując przewodniczenie, dziękuje zgromadzonym za zaszczytny wybór i odczytuje nadesłane powitalne telegramy i życzenia, między innymi od dyr. Piotrowskiego, prof. Borowieckiego, prof. Halbana i t. d.

Następnie przewodniczący prosi do prezydjum prof. M. Minkowskiego, Doc. Rosego, prof. Rothfelda, dr. E. Minkowskiego, a do sekretarjatu: Dr. Gorzkowskiego, Dr. Chłopickiego, Dr. Wilczkowskiego i Dr. Świerczka.

Następnie zaczęły się obrady.

Temat zasadniczy: Psychopatja Konstytucjonalna.

1) F. i E. Minkowscy (Paryż).

DZIEDZICZNOŚĆ PSYCHOPATJI.

Temat: „Dziedziczność psychopatji" nasuwa wiele trudności. Należy przedewszystkiem zastanowić się nad źródłem tych trudności, gdyż jest to najlepszy środek do ich przezwyciężenia.

Jedna z głównych trudności polega na tem, że wyraz „psychopatja", związany ściśle z ideą zwyrodnienia, nie odpowiada dokładnie określonemu pojęciu. Wyraz ten jest jeszcze nieznany, zwłaszcza w języku francuskim, jako nazwa ogólna dla wszelkiego rodzaju zaburzeń i chorób umysłowych. Należało jednak przypu-

szczać, że chodzi tutaj o jego znaczenie bardziej ważkie, ale i pod tym względem grzeszy on zbyt wielką niedokładnością. Dawne pojęcie degeneracji nie zniknęło jeszcze zupełnie w psychjatrji. Szwajcarskie Towarzystwo Psychjatryczne w roku 1927 obrało za główny temat swych rozpraw: „Psychozy degeneracyjne". Otto Binswanger i Kleist bronili istnienia tej grupy specjalnej schorzeń umysłowych; natomiast Bleuler, Rüdin, E. Kahn, v. Muralt i inni twierdzili, że przypadki te dadzą się doskonale podporządkować pod zwykłą klasyfikację psychoz. Wyraz „psychopatja" może być ujęty w sposób jeszcze węższy; chodzi wtedy o pewne konstytucjonalne odchylenia od normy, o tak zwane „osobowości psychopatyczne". Kraepelin poświęca tym jednostkom krótki względnie rozdział swego podręcznika, dzieląc ich na cztery grupy: patologicznych przestępców, niestałych, pseudologia phantastica i pseudopieniaczy. Rozdział ten psychjatrji, poświęcony jednostkom psychopatycznym, stanowi dziedzinę, do której przedostaną się z czasem nowsze pojęcia charakterologiczne (Kretschmer) i która stanie się terenem licznych, nieraz zupełnie rozbieżnych prób klasyfikacji, jak to pokazał w swym referacie Wł. Sterling.

Brak ścisłości w określeniu pojęcia psychopatji odczuli i podkreślili i inni referenci. Gdy jednak chodzi o dziedziczność, brak ten stanowi trudność niemal nie do pokonania, gdyż gdy przystępujemy do badania dziedziczenia jakiejkolwiek cechy, musimy przedewszystkiem cechę tę dokładnie wyodrębnić i jasno określić.

Zresztą przy bliższem przyjrzeniu się historycznemu rozwojowi problemu dziedziczności w psychjatrji, napotykamy na okoliczność, która sprawę jeszcze bardziej komplikuje. Zazwyczaj gdy badamy dziedziczność jakiejkolwiek cechy (np. koloru włosów), cecha badana zostaje wyodrębnioną zupełnie, niezależnie od pojęcia dziedziczności. Zgoła inaczej rzecz się ma w psychjatrji, jakeśmy to w naszych pracach poprzednich często podkreślali. Tutaj pojęcie dziedziczności dużą rolę odegrało przy samym ukształtowaniu się nowych zasadniczych pojęć nozograficznych. Przypominamy tutaj, że Kraepelin np. uważa okoliczność, że formy katatoniczne, paranoidalne lub hebefreniczne spotykają się często u członków tej samej rodziny, za jeden z dowodów, że formy te są jedynie odmianami jednej i tej samej choroby. Postulat (niemal aprioryczny) dziedziczności jednoimiennej przyczynia się w ten sposób do wyłonienia współczesnego pojęcia dementia praecox. To też jeżeli z jednej strony możemy mówić o dziedziczności czy to psychozy czy psychopatji,

to istnieje z drugiej strony w psychjatrji równolegle do tego jeszcze jeden probiem, a mianowicie problem tyczący się wpływu, jaki idea dziedziczności wywarła na ukształtowanie się naszych zasadniczych pojęć nozograficznych. Nad tym drugim problemem musimy się teraz zastanowić.

Pod względem historycznym zarówno pojęcie psychopatji, jak i cały problem dziedziczności w psychjatrji, ściśle związany jest z prawem zwyrodnienia postępującego Morela. Jak to doskonale podkreśla Genil-Perrin w swej pracy „Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale" (1913), ideą przewodnią pracy Morela nie jest właściwie pojęcie dziedziczności w ścisłem ujęciu biologicznem, lecz przedewszystkiem idea upadku i zwyrodnienia, następujące po sobie pokolenia służą jedynie do coraz jaskrawszego podkreślenia zwyrodnienia postępującego. Co zaś się tyczy tej idei zwyrodnienia postępującego to, jak to pokazuje Genil-Perrin, tkwi ona od dawien dawna i głęboko w myśli ludzkiej, przez długie wieki przejawia się w pojęciach zasadniczych i w ogólnym światopoglądzie ludzkości i tylko od względnie bardzo niedawna zaczyna powoli ustępować miejsca pojęciom ewolucji i postępu.

To też dziś prawo Morela nie może nas zupełnie zadowolić. Pod względem historycznym stanowi ono jednak jedną z pierwszych prób syntezy nozograficznej, i to opartej o pojęcie dziedziczności, choć i niedostatecznie biologicznie określonej. Prawo Morela jest bezwątpienia krokiem naprzód w porównaniu z dawniejszemi „monomanjami", staje się ono też punktem wyjścia dalszych prób wyodrębnienia klinicznego zjawisk, należących do procesu zwyrodnienia postępującego, od zjawisk psychotycznych innego pochodzenia i prowadzi w psychjatrji francuzkiej do pojęcia „folie héréditaire", a później do nauki Magnon'a o dégénérescence mentale.

Za naszych czasów problematy, o których mówimy, przedstawiają się w innem zgoła świetle. Pod wpływem prawa Mendla dziedziczność w psychjatrji nie jest już jedynie podłożem do zwyrodnienia postępującego, lecz, jak tego wymaga biologja, staje się zasadą przekazania bez zmiany jakiejkolwiek ściśle określonej cechy chorobowej. Równolegle do tego klinika pod wpływem Kraepelina i Bleulera dąży do wyodrębnienia samoistnych jednostek nozograficznych, które jaknajzupełniej odpowiadają współczesnemu ujęciu dziedziczności; zresztą jakeśmy to widzieli wyżej, jednostki te zo-

stają wyodrębnione częściowo przynajmniej pod wpływem postulatu dziedziczności jednoimiennej. Jednostki te zostają później jakby przemienione w dziedzinę konstytucji psychopatycznych i prowadzą tu między innemi do nowoczesnych pojęć charakterologicznych Kretschmera.

Przy bliższem przyjrzeniu się łatwo dostrzedz można, że cała ta praca, która dokonywa się obecnie w psychjatrji, spoczywa pod względem metodologicznym na zasadzie identyfikacji w czasie, zasadzie, która, jak to pokazał nasz rodak Emil Meyersen, stanowi jeden z zasadniczych postulatów naszej myśli poznawczej i która jej pracą kieruje. Stwierdzenie tego ich charakteru zasadniczego nadaje wagę tendencjom psychjatrji współczesnej.

Podana poniżej tablica jasno uwydatnia różnice pomiędzy okresem poprzednim, a okresem obecnym w psychjatrji:

Okres poprzedni.	Okres obecny.
Pojęcie dziedziczności podporządkowane pojęciu zwyrodnienia postępującego.	Dziedziczność jednoimienna jako zasada przechowania się pewnych cech zasadniczych.
Zbudowane na zasadzie zwyrodnienia jednostki kliniczne: folie héréditaire, dégénérescence mentale, psychozy degeneracyjne.	Jasno określone jednostki kliniczne, które czy to jako takie czy też jako odpowiednie konstytucji psychopatycznej mogą być przekazane.
Usposobienie ogólne do zaburzeń umysłowych.	Usposobienie swoiste.
Polimorfizm zjawisk degeneracyjnych.	Psychozy skojarzone.
Piętno degeneracyjne.	Związek między cechami charakterologicznemi z jednej strony, a strukturą ciała i motoryką z drugiej.
Osobowość psychopatyczna.	Nowsze pojęcie charakterologiczne.

W ten sposób nowsze badania nad dziedzicznością dążą właściwie do zupełnego wyrugowania psychopatji. Z drugiej zaś strony badania nad dziedzicznością w psychjatrji, o ile mają prowadzić do wniosków ogólniejszych, muszą być prowadzone pod specjalnym kątem widzenia, a mianowicie z uwzględnieniem tej okoliczności, że postulat dziedziczności jednoimiennej jest jedną z głównych dróg do wyodrębnienia zasadniczych jednostek nozograficznych i odpowiadających im konstytucji psychopatycznych.

Własne badania genealogiczne Fr. Minkowskiej, tyczące się dziedziczności psychopatji w związku z psychozami potwierdzają słuszność poglądów wyżej wygłoszonych przez E. Minkowskiego.

Badania te były prowadzone w 2-ch różnych odstępach czasu: 1) od 1912-go do 1915-go roku, 2) od 1922 do 1923 roku.

Porównanie tych 2-ch okresów, oddzielonych 7-letnią przerwą, pokazuje nam, w jakim kierunku skrystalizowało się mgliste narazie pojęcie psychopatji.

Punktem wyjścia ankiety, tyczącaj się 2-ch rodzin szwajcarskich F. i B., byli chorzy. W miarę jednak jak się ankieta posuwała, coraz więcej przykuwały do siebie uwagę jednostki nie chore we właściwem tego słowa znaczeniu, ale odróżniające się od tła normalnego swojem nienormalnem zabarwieniem psychicznem. Brak było jednak narazie pojęć odpowiednich, żeby je ściślej ująć i należycie scharakteryzować. Badania Rüdinn, rozpoczęte w 1911 roku pod wpływem prawa Mendla, ujmowały kwestję psychopatji po raz pierwszy z punktu widzenia czysto biologicznego, wysuwając naprzód kwestję heterozygotów.

Bleuler uważał heterozygotów za „latente Dem. praecox".

Berze w swojej pracy, ogłoszonej w 1910-tym roku (Heredität der Dem. praecox), po raz pierwszy zwrócił uwagę na dużą ilość „charakterów nienormalnych" w rodzinach schizofreników i podkreślił cały szereg cech specjalnych, jak to: skrytość, nieufność, podejrzliwość e. ct. Nie wyłonił jednakże żadnego pojęcia ogólnego, któremu możnaby było te cechy podporządkować.

Ciekawa jest pod tym względem próba, która została zrobiona w tym samym prawie czasie przez Junga. Rozgraniczając 2 wyraźne typy: intrawersyjny i ekstrawersyjny, zrobił on pierwszy poważny krok w kierunku psychologicznego określenia typów.

Wszystkie te prace zmierzały ku bardziej określonemu ujęciu psychopatji zarówno pod względem biologicznym (Rüdinn), charakterologicznym (Berze) i psychologicznym (Jung), jednakże już przy swych badaniach w roku 1915 autorka zdawała sobie sprawę, że pojęcia te były niedostateczne, jednostronne i niepowiązane ani pomiędzy sobą ani z zasadniczemi jednostkami klinicznemi.

Po 7-letnej przerwie wywołanej przez wojnę, ankieta, tycząca się rodzin F. i B., została wznowiona w 1922 roku. Tymczasem

ukazała się książka Kretschmera: „Körperbau u. Charakter", w której Minkowska znalazła odpowiedź na trapiące ją dawniej pytania.

Konstytucja schizoidalna i cykloidalna Kretschmera, zawierające w sobie tendencje biologiczne (Rüdinn), kliniczne, charakterologiczne i psychologiczne (Jung), uwzględniają stosunek konstytucji do psychoz i wysuwają po raz pierwszy genetyczną stronę psychopatji konstytucjonalnej.

W rodzinie F. cały szereg członków mógł być podporządkowany konstytucji schizoidalnej. W rodzinie B., która była potomstwem epileptyka B. i gdzie po za schizofrenją obarczenie dziedziczne zamanifestowało się w postaci epilepsji, autorka skonstatowała cały szereg cech odrębnych, które ją skłoniły do uwzględnienia konstytucji gliskroidalnej.

Widzimy więc, że badania genealogiczne potwierdzają słuszność wywodów Kretschmera i zamiast szerokiej, ale niejasnej i czysto symptomatologicznie ujętej definicji psychopatji, narzucają węższą, ale genetycznie zarysowaną i mającą ścisły związek z odnośnemi grupami psychoz formułkę konstytucji charakterologicznej.

Badania poszczególnych gałęzi wyżej wspomnianych rodzin F. i B. podkreślają jeszcze bardziej słuszność zasady dziedziczności jednoimiennej, wykazują często istnienie w każdej z tych gałęzi typu „rodzinnego", który jako taki się dziedziczy, tak np. tam gdzie spotykamy psychozy skojarzone (schizofrenja z cyklotymją), spotykamy też odpowiednie konstytucje skojarzone.

W zakresie badań genealogicznych nowsze próby bogatej w szczegóły klasyfikacji okazują się niedostatecznemi, gdy nie uwzględniają należycie problematu dziedziczności i nie podkreślają związku konstytucji z jednostkami nozologicznemi.

Co się tyczy samego pojęcia „psychopatja", to powinno ono całkowicie ustąpić miejsca tendencjom charakterologicznym, bo 1) biologicznie zawiera w sobie tylko pierwiastek degeneracji, a badania nad dziedzicznością wskazują również silnie zarysowany element regeneracyjny, 2) pod względem psychologicznym nie jest należycie zróżniczkowane, 3) pod względem społecznym kładzie piętno na danego osobnika, nie uwzględniając poza odchyleniem od normy czasem wysokiej wartości indywidualnej i społecznej, jak to często ma miejsce ze schizoidami.

2) Mazurkiewicz J. (Warszawa)

ŻYCIE AFEKTYWNE PSYCHOPATÓW

(nie nadesłano).

3) Sterling Wł. (Warszawa)

POSTACIE PSYCHOPATJI

(nie nadesłano).

4) Rozenblumówna Z. (Warszawa)

DZIECI PSYCHOPATYCZNE

(nie nadesłano).

5) Łuniewski W. (Tworki)

PSYCHOPATJA USTROJOWA W TEORJI I PRAKTYCE SĄDOWO — PSYCHJATRYCZNEJ

(nie nadesłano).

6) Nelken J. (Warszawa)

PSYCHOPATJA W WOJSKU

(nie nadesłano).

7) Gawroński J. (Dziekanka)

ORGANIZACJA OPIEKI NAD PSYCHOPATAMI ORAZ METODY LECZNICZO-WYCHOWAWCZE W TEJ DZIEDZINIE.

Streszczenie

(Oryginał drukowany w Nowinach Psychjatrycznych 1928, kwartał III-IV).

Po krótkiej charakterystyce typu psychopatycznego i jego skłonności do chorób psychicznych w okresach krytycznych życia autor podkreśla konieczność zorganizowania opieki społecznej i leczniczo-wychowawczej dla dziatwy tej kategorji i jej rodziców, którąby polegała na:

1) propagowaniu wiadomości, dotyczących powstawania chorób psychicznych i sposobów zapobiegania takowym,

2) systematycznem badaniu jednostek psychopatycznych (dzieci i ich rodziców) w specjalnych stacjach, połączonych z internatami dla dzieci i dających możność obserwowania ich rodziców przychodzących po porady, co dostarczyłoby materjału dla określenia stopnia i jakości obciążenia rodzinnego, dla ustalenia typów psychopatycznych, oraz opracowania metod leczniczo-wychowawczych, stosowanych już to w ogniskach rodzinnych, już to w odpowiednich zakładach. Zadanie zakładów leczniczo-wychowawczych polegałoby na wprowadzeniu wszechstronnego oddziaływania psychohygienicznego na budzące i rozwijające się życie dziecka psychopaty oraz psychoterapeutycznego w przypadkach rozpoczynającej się psychozy.

W końcu autor podaje własne metody leczniczo-wychowawcze o swoistym charakterze, które znajdują swój wyraz i swoje zastosowanie na terenie t. zw. parku psychohygienicznego.

---

8) Wilczkowski E. (Warszawa).

ZAGADNIENIE KONSTYTUCYJNYCH SEROLOGICZNYCH GRUP KRWI U PSYCHOPATÓW.

Autor omawia zagadnienie związku psychopatji z przynależnością do pewnych grup krwi (O, A, B, i AB), jako jedynych dotychczas ustalonych, sprawdzonych i częściowo wyzyskanych konstytucyjnych cech serologicznych ustroju. Zagadnienie konstytucji serologicznej w psychjatrji powstało przed 3 - 4 laty w związku z ustaleniem konstytucjonalizmu grup krwi. Prace Dölter'a i Heimanna, Inyder'a, Berstein'a, autora, Gundel'a, Jacobsohn'a, Malinowskiego i Siedleczki, Jacobi'ego, Proescher'a i Arkush'a, Perkel'a i Izraelson'a, Rafael'a, Searl'a i Scholten'a, Pilcz'a, Szustowej i Chomińskiego, Würz'a, Fattovich'a, Mayer'a, Hilgers'a, Wohlfeil'a i Knötzke, Kaszewarowej, Gundel'a i Tornquist'a oraz Grauberg-Rozentalowej i Hermana ujmują zagadnienie w płaszczyźnie: przynależność do pewnych grup krwi, a częstość zapadania na choroby psychiczne. Prace polegają na przebadaniu grup krwi u psychicznie chorych i porównaniu wyników z przeciętnymi stosunkami procentowymi grup krwi u osób zdrowych. Dotychczasowe badania przeważnie nie dały wyników takich, któreby nie mogły podlegać dyskusji. Pozatem autor w poprzedniej swojej pracy porusza zagadnienie znaczenia grup krwi dla przebiegu porażenia postępującego. Berstein za pomocą metody statystycznej usiłuje ustalić związek dziedziczenia grup krwi i chorób psychicznych. Autor w innej swojej pracy zapoczątkowuje badania genealogiczne grup krwi u rodzin, obarczonych chorobami psychicznemi. Warnowski podaje obserwacje, dotyczące częstości pewnych objawów histerycznych u histeryków, należących do różnych grup krwi. Furukawa zapoczątkowuje badania nad związkiem cech psychicznych, w szczególności temperamentów z cechami serologicznemi.

Prac, poświęconych wyłącznie psychopatji, niema. W pracach ogólnych liczniejszy materjał, dotyczący psychopatji, podają Pilcz i Gundel.

	Grupy krwi w odsetkach				Liczba przypadków
	O	A	B	AB	
Psychopatja według Pilcz'a (Wiedeń)	24,2	29,3	32,3	14,4	99
Ludność Wiednia według Hoche i Moritsch'a	33,1	39,9	20,1	6,9	1000
Psychopatja według Gundel'a (Schleswig-Holstein)	27,2	48,8	13,8	10,1	217
Ludność Schleswig-Holstein'u	39,4	43,4	12,4	4,7	19480

Tabela materjału autora:

	Grupy krwi w odsetkach				Liczba przypadków
	O	A	B	AB	
Psychopatja według autora	28,6	31,15	31,15	9,1	77
Polacy według Halberówny i Mydlarskiego	32,5	37,5	20,8	9,1	blisko 12000

Wyniki Pilcz'a, Gundel'a, jak również autora, jakkolwiek nie wykazują wybitnych odchyleń w stosunku do rozmieszczenia grup krwi pomiędzy ludnością zdrową, niemniej jednak wyniki te wykazują odchylenia, idące w jednym kierunku a mianowicie: obniżenie grupy O u wszystkich trzech autorów, wzmożenie grupy B, wybitniejsze u Pilcz'a i autora, oraz wzmożenie AB u Pilcz'a i Gundel'a.

Następnie autor na swoim materjale potwierdza badania Gundel'a, stwierdzające wzmożenie odsetki grupy B u przestępców.

Autor porusza kwestję stosunku pewnych zespołów objawowych do przynależności do różnych grup krwi, oraz wspomina o możliwości badań genealogicznych w celu prześledzenia jednoczesności dziedziczenia grup krwi i pewnych cech psychicznych.

Na zakończenie autor omawia drogi, któremi powinno iść dalsze badanie zagadnienia konstytucji serologicznej w psychopatji,

a mianowicie: 1) Zbieranie materjału grup krwi u psychopatów wogóle celem nagromadzenia materjału o wielkich liczbach, zdatnych do obliczenia u nich stosunków odsetkowych z jaknajmniejszym błędem prawdopodobnym. Porównanie odsetek grup krwi uzyskanych w psychopatji z odsetkami grup krwi u ludności zdrowej, a zatem ostateczne ustalenie różnic pomiędzy psychopatami, a ludnością zdrową, lub też wykazanie, że różnic tych niema. 2) Zestawienie grup krwi z pewnymi zespołami cech psychopatycznych, uzyskanych na podstawie głębszej analizy klinicznej, a zatem usiłowanie ustalenia związku konstytucji psychicznej z konstytucją serologiczną. 3) Badania genealogiczne grup krwi u rodzin obarczonych psychopatją z dążeniem do ustalenia jednoczesności dziedziczenia pewnych cech lub pewnych zespołów cech psychicznych z dziedziczeniem grup krwi.

Autor uważa, iż ściśle określone cechy konstytucyjne, jakimi są grupy krwi i ponadto cechy, ujmujące zjawisko konstytucji pod innym kątem widzenia, a mianowicie: konstytucji serologicznej, nie mogą być pominięte i muszą być wypróbowane w krzyżowym ogniu licznych badań.

Posiedzenie II. piątek 27. 9. 28, godz. 11.

(wspólnie z sekcją neurologiczną).

1) Rose M. (Warszawa)

ZASADY ARCHITEKTONICZNEJ LOKALIZACJI W KORZE MÓZGOWEJ.

We współczesnej neurologji i psychjatrji nurtuje szereg poglądów upatrujących najbliższe zadania tych gałęzi wiedzy w różnych dziedzinach nauki. Nie jest naszym celem rozstrzygać, czy badania chemiczne, czy endokrinologiczne, genetyczne, genealogiczne, czy psychologiczne lub inne uważać należy obecnie za najbardziej aktualne. Pragniemy jednak podkreślić, że procesy psychiczne, jakiejkolwiek one są natury, związane są niewątpliwie z mózgiem, a w szczególności z korą mózgową. Znajomość anatomji prawidłowej przedmóżdża jest podstawowym postulatem neurologji i psychjatrji. Zaznaczyć jednak musimy, że dotychczas nie znamy jeszcze dokładnie budowy przeważającej części kory mózgowej i wzgórka wzrokowego (thalamus opticum). Przyczynę tego zjawiska upatry-

wać należy w pierwszym rzędzie w trudności przedmiotu. Trudności te, pomijając inne względy, są w wielkiej mierze natury technicznej, albowiem badania systemu nerwowego przeprowadzone być muszą przeważnie na nieprzerwanych serjach, co samo przez się pociąga za sobą duży nakład pracy i wielkie koszta. Prowadzenie zaś tych badań bez odpowiednich środków technicznych i bez wyszkolenia personelu technicznego skazane jest z góry na niepowodzenie lub tylko na epizodyczne wyniki, nie obejmujące całokształtu problemu.

Drogi do poznania budowy mózgu są różne.

Dzisiaj pragniemy omówić tylko jedną metodę. Polega ona na badaniu elektywnie zabarwionej tkanki nerwowej przy stosunkowo słabych powiększeniach. Zwracamy więc przy tych badaniach uwagę tylko na obraz ogólny czyli na t. zw. budowę architektoniczną. Zależnie od tego, czy elektywnie zostały zabarwione komórki, włókna nerwowe, fibrille, czy glej — mówimy o cyto —, myelo —, fibrillo — i glioarchitektonice.

W odczycie niniejszym ograniczamy się do cytoarchitektoniki.

Zasadnicze zagadnienia cytoarchitektoniki porównawczej są: 1) Czy cytoarchitektonika dostarcza nam kryterjów, wedle których ocenić można stopień rozwoju mózgu u poszczególnych zwierząt, a w szczególności u człowieka. 2) Czy cytoarchitektonika może stać się podstawą dla poznania funkcji poszczególnych części kory mózgowej. 3) Czy cytoarchitektonika dostarcza nam kryterjów dla poznania odziedziczonych, wrodzonych i przebytych procesów chorobowych. 4) Czy cytoarchitektonika w szczególności stwarza podstawy dla zrozumienia niesłychanie skomplikowanych funkcji psychicznych u zwierząt i człowieka.

Wyższość lub niższość mózgu starano się ocenić wedle różnych kryterjów. Jedni upatrywali wyższość mózgu w jego wadze bezwzględnej lub względnej (w stosunku do wagi ciała, wagi serca i t. d.), inni w rozwoju rowków, w szerokości kory i poszczególnych jej warstw, w wielkości komórek, ich kształcie i gęstości.

Najwyższy ciężar bezwzględny mózgu wykazuje słoń, mózg jego waży bowiem 4000-7000 gr. Najcięższy mózg po słoniu posiada człowiek (1100-2000 gr). Mózg konia waży około 600 gr, mózg wyższych małp 300-500 gr, mózg delfina około 500 gr. Najlżejszy mózg posiadają małe nietoperze (ca 0,15 gr).

Z zestawienia tego wynika, że waga bezwzględna niema żadnego znaczenia w oznaczeniu wyższości mózgu danego osobnika.

Nieco większe znaczenie ma ciężar względny. Tu jednak odgrywa bardzo wielką rolę stan odżywienia zwierzęcia, co obniża wybitnie wartość tej metody. Pozatem zwierzęta nisko stojące, n. p. mysz, wykazują stosunkowo wysoki ciężar względny mózgu.

Do oceny wyższości mózgu zupełnie służyć nie może rozwój rowków. Są bowiem zwierzęta wysoko stojące, n. p. małpy (Hapalidde), które posiadają mózg zupełnie gładki. Z drugiej zaś strony są zwierzęta względnie nisko stojące, n. p. delfin lub koza, które wykazują bardzo liczne rowki. Najciekawiej zachowują się w tym kierunku stekowce (monotremata), t. j. najniżej stojące zwierzęta ssące. Z dwóch reprezentantów tego szeregu kolczatka (echidna) posiada mózg wykazujący dużo rowków, dziobak (ornithorrynchus) zaś mózg zupełnie gładki.

Wszystkie wyniki badań tyczące się szerokości kory i jej warstw, gęstości komórek, ich wielkości i kształtu wymagają powtórzenia. Badania bowiem jakie przeprowadził ref. na króliku wykazały, że szerokość kory i jej warstw, kształt komórek, ich wielkość i gęstość zmieniają się w wybitnym stopniu zależnie od sposobu utrwalenia i czasu jaki upłynął między śmiercią zwierzęcia a włożeniem mózgu do utrwalacza. Nawet przy użyciu tego samego utrwalacza (n p. formaliny) otrzymuje się zupełnie różne obrazy, jeżeli nie zachowano absolutnie tego samego czasu między śmiercią zwierzęcia a utrwaleniem. Po włożeniu do formaliny mózgu w 24 godziny po śmierci otrzymuje się po zabarwieniu barwnikami anilinowemi komórki o pięknym smukłym kształcie piramidowym, ciemno barwiącem się jądrze, względnie znacznej ilości protoplasmy i silnie zabarwionych wypustkach. Skoro się mózg włoży natychmiast po śmierci do formaliny, występuje zwężenie kory, szczególnie warstw zewnętrznych, zwiększenie gęstości komórek w warstwie II-IV, komórki są prawie dwa razy większe, ich kształt jest przeważnie okrągły, wypustki są bardzo szerokie i barwią się słabo, jądro jest duże i blade, protoplasma otacza je tylko bardzo wązkim pierścieniem.

Wszystkie więc powyższe kryterja nie określają, przynajmniej na razie, stopnia rozwoju mózgu.

Znanem zjawiskiem biologicznem jest jednak, że funkcja prymitywna może wskutek przystosowania do nowych warunków bytu dzielić się na funkcje częściowe. Dochodzi w ten sposób fizjologicznie do podziału pracy. Temu podziałowi na funkcje częściowe odpowiada morfologicznie zasada różnicowania (dyferencjacji), któ-

ra polega na rozwoju różnych części z jednolitego zaczątku. Różnicowanie uważamy zatem za wyraz udoskonalenia.

Taksamo w obrębie kory mózgowej powstają na podstawie rozmaitych procesów różnicowania, w różnych ich miejscach, znaczne różnice strukturalne. Dochodzi w ten sposób do rozwoju pól, wykazujących w swym obrębie jednolitą budowę, a różniących się wybitnie od pól otaczających. U niższych zwierząt napotykamy tylko nieliczne pola, które przedstawiają t. zw. narządy prymitywne w sensie *Gegenbaura*. W miarę dalszego różnicowania dzielą się te pola prymitywne na coraz większą ilość pól architektonicznych *(areae architectonicae)*.

Przykładów w tym kierunku jest dużo. N. p. u ptaków i niektórych gadów rozróżniamy tylko 3 ośrodki korowe *(semicortex, holocortex i schizocortex)*, które u ssaków ulegają bardzo daleko posuniętemu zróżnicowaniu. Także *regio postcentralis*, służąca prawdopodobnie funkcjom czuciowym, wykazuje u myszy jednolitą budowę, podczas gdy u człowieka składa się z 4 różnie zbudowanych ośrodków. Podobnie znajdujemy w okolicy czołowej u myszy zaledwie 2 ośrodki, u człowieka kilkanaście. Takisam przykład znajdujemy zresztą też w przewodzie pokarmowym, który pierwotnie wykazuje jednolitą budowę w całej swej rozciągłości i dopiero wtórnie różnicuje się w większą ilość ośrodków strukturalnych.

Badania architektoniczne dostarczają nam więc zupełnie niewątpliwego kryterjum dla oceny wyższości jednego mózgu nad drugim. *Wyżej zorganizowanym jest bowiem ten mózg, w którym doszło do dalszego podziału na funkcje częściowe, a co za tem idzie, do dalszego zróżnicowania kory czyli do większej ilości ośrodków strukturalnych.*

Architektonika porównawcza daje nam też wskazówki co do funkcji poszczególnych ośrodków mózgowych.

Wiadomem jest, że róg Ammona uważa się powszechnie wyłącznie za ośrodek węchowy. Badania porównawcze *(M. Rose)* wykazały jednak, że róg Ammona nie jest u zwierząt makrosmatycznych na ogół lepiej rozwinięty ani silniej zróżnicowany niż u mikrosmatycznych, chociaż te ostatnie wykazują wzgórki węchowe *(bulbus olfactorius)* w stanie zaniku. Taksamo uważa się powszechnie *gyrus hippocampi* za ośrodek węchowy, podczas gdy badania porównawczo-architektoniczne *(M. Rose)* wykazały, że jest on u małp, a szczególnie u człowieka, najlepiej zróżnicowany. Wniosek stąd, że *gyrus hippocampi albo wogóle nie posiada funkcji węcho-*

wej, albo też służy innym funkcjom częściowym węchu aniżeli u niższych zwierząt. Odnośnie do *gyrus limbicus* stwierdzają badania porównawczo-architektoniczne, że brak go u niższych kręgowców i że występuje po raz pierwszy u ssawców. U tych ostatnich występuje jednak u wszystkich, przyczem najdalej zróżnicowanym jest u małp i człowieka, co wskazuje na to, że chodzi tu o nieznaną nam bliżej funkcję właściwą wszystkim ssawcom a najbardziej udoskonaloną u primatów.

Z kolei przedstawić pragnę na przykładzie metodę badania architektoniczno-porównawczego i sposoby wysnuwania wniosków z tych badań. Czynię to na wyspie *Reil'a,* której funkcja nie jest dotychczas znaną.

Dla poznania narządu musimy przedewszystkiem znać jego rozwój ontogenetyczny i jego zachowanie się u możliwie wielkiej ilości zwierząt. Badania te przeprowadzić musiano też w mózgu, przyczem histogenetyczny podział mózgu *(M. Rose)* okazał się najbardziej owocnym.

Na podstawie badań ontogenetycznych najprymitywniejszy sposób rozwoju wykazuje *cortex semiparietinus sive striatalis (Semicortex).* Zaliczamy tu te typy korowe, które rozwinęły się z tego samego odcinka ściany pęcherzyka wtórnego i z tej samej warstwy macierzystej co ciało prążkowane. Dochodzi w ten sposób do powstania kory, która pokrywa powierzchnię ciała prążkowanego. Tu należą: *regio praepyriformis (gyrus olfactorius lateralis* u człowieka), *tuberculum olfactorium (substantia perforata anterior* u człowieka), *regio diagonalis, septum pellucidum i regio periamygdalaris* (kora pokrywająca u człowieka *gyrus semilunaris).*

Zgoła odmienny sposób rozwoju okazuje *cortex totoparietinus sive pallialis (Totocortex*). Cecha zasadnicza tej kory polega na tem, że powstaje ona w odróżnieniu od *semicortex,* z całego materjału komórkowego warstwy macierzystej. W obrębie *totocortex* rozróżniamy 2 wielkie grupy, które do pewnego okresu wykazują ten sam sposób rozwoju. A mianowicie w obu dochodzi do podziału ściany pęcherzyka wtórnego na 4 warstwy. Są to warstwa macierzysta *(matrix)*, warstwa pośrednia *(Zwischenschicht His'a)*, warstwa korowa *(protoptyx)* i warstwa brzeżna (*Randschleier His'a).* Od tego okresu rozchodzą się jednak drogi rozwoju obu grup. W jednej przyjmuje warstwa korowa *(protoptyx)* powoli wszystkie komórki warstwy macierzystej i równocześnie ulega uwarstwowaniu *(cortex holoprotoptychos sive holocortex)*, w drugiej zaś przej-

muje pierwotna warstwa korowa tylko część elementów warstwy macierzystej, poczem pozostałe neuroblasty tworzą t. zw. drugą dodatkową warstwę korową, oddzieloną od pierwszej jasnem, prawie bezkomórkowem pasmem. Dochodzi w ten sposób do powstania warstw korowych *(cortex schizoprotoptychos sive schizocortex)*.

Warstwa korowa *(protoptyx)* w obrębie *holocortex* pozostaje niezróżnicowana, lub dzieli się na 4 lub 6 warstw. Rozróżniamy w ten sposób (przy zaliczeniu warstwy brzeżnej) *holocortex bistratificatus (formatio Ammonis, regio retrobulbaris)*, *holocortex quinquestratificatus (regio limbica anterior, regio retrosplenialis agranularis, regio retrosplenialis granularis) i holocortex septemstratificatus* odpowiadający korze homogenetycznej *Brodmanna (regio frontalis, parietalis, temporalis, occipitalis)*. W obrębie *schizocortex (regio entorhinalis, praesubicularis i perirhinalis)* rozróżnia się 4 warstwy, które są zupełnie innego pochodzenia niż warstwy *holocortex* i dlatego nie mogą być z niemi identyfikowane.

Zupełnie odmienny sposób rozwoju okazuje wysepka *(insula Reili)*. Elementy jej warstwy korowej pochodzą bowiem z jednej strony z warstwy macierzystej cortex totoparietinus sive pallialis, z drugiej zaś z warstwy macierzystej ciała prążkowanego *(striatum)*. Dlatego nazywamy tę korę cortex *pallio-striatalis sive bigenitus (Bicortex)*. Do cech charakterystycznych wyspy należy też przedmurze *(claustrum)*, które wedle badań ontogenetycznych i anatomiczno-porównawczych stanowi część warstwy korowej *(protoptyx)*. U pewnych zwierząt zachowuje *claustrum* także w stanie definitywnym tę łączność (mysz, nietoperz, jeż), u innych natomiast zostało przez włókna *capsula extrema* od warstwy korowej oddzielone (kretomysz, królik, małpy, człowiek). W pewnym okresie rozwoju ontogenetycznego jest *claustrum* u wszystkich zwierząt, a także u człowieka, zawarte w warstwie korowej *(protoptyx)*.

Wysepka, stwierdzona na podstawie powyższych kryterjów, jest inaczej położona u zwierząt o mózgach gładkich, a inaczej u zwierząt wykazujących rowki. U pierwszych (nietoperz, mysz, królik, morska świnka) leży cała kora wysepki na bocznej powierzchni mózgu w okolicy rowku węchowego *(Sulcus rhinalis)*. U niektórych zwierząt o gładkich mózgach (kretomysz, kret) zajmuje wysepka także biegun czołowy półkuli. U małpiatek, które wykazują dość dobrze rozwinięte rowki, leży część wysepki na wolnej powierzchni mózgu, inna część jednak jest już przykryta przez sąsiadujące płaty t. j.

przez płat czołowy, ciemieniowy i skroniowy. W miarę dalszego rozwoju otaczających płatów a w szczególności płatu skroniowego dochodzi z jednej strony do coraz dalszej operkulizacji wysepki, z drugiej zaś do wypychania jej w kierunku środkowym, tak, że część jej leży u małp na podstawie mózgu (jako t. zw. *gyrus transversus insulae)*, część zaś nawet na górnej powierzchni *lobus temporalis (lobulus temporalis insulae)*. U człowieka stosunki te wskutek znaczniejszego rozwoju płatu skroniowego występują w jeszcze jaskrawszy sposób, tu bowiem przeważająca część wysepki jest przykryta (operkulizowana) przez płat czołowy, ciemieniowy i skroniowy.

Wysepkę dzielimy u wyższych zwierząt na 2 okolice (regiones): *regio agranularis*, *regio granularis*. Pozatem rozróżniamy u małp i człowieka jeszcze *regio propeagranularis* o bardzo słabo wyrażonej warstwie ziarnistej.

U nisko stojących zwierząt (nietoperz) stanowi cała wysepka jedno agranularne pole, a więc zupełnie niezróżnicowany organ prymitywny. U myszy napotykamy już 2 okolice, t. j. *regio agranularis i granularis*.

Z kolei przedstawiono na podstawie wielu pokazów mikrofotograficznych, jak poszczególne okolice wysepki zachowują się u poszczególnych zwierząt.

Regio insularis agranularis, która u nietoperza wykazuje tylko jedno pole architektoniczne, wykazuje u wiewiórki i u królika 4, u małpiatek i u małp 5, u człowieka 6 pól. U małp i u człowieka są jednak te pola mimo dość dużej ich liczby znacznie gorzej rozwinięte niż u niższych zwierząt.

Regio propeagranularis występuje tylko u naczelnych. U małpiatek stwierdza sie w niej jeszcze jednolitą budowę. U małp znajdujemy w tej okolicy 6, u człowieka 7 pól. W budowie tej okolicy zachodzą jednak pomiędzy małpami a człowiekiem znaczne różnice.

Regio insularis granularis nie występuje wcale u niektórych niskich ssaków. U myszy i wiewiórki wykazaliśmy w tej okolicy 2 pola, u królika i małpiatek 3. U małp i u człowieka dzielimy tę okolicę na 2 grupy *(subregiones): subregio eugranularis i subregio tenuigranularis*. *Subregio eugranularis* wykazuje u małp 11, u człowieka 15 pól. *Subregio tenuigranularis* u małp 3, u człowieka 9 pól, przyczem zaznaczyć należy, że *subregio tenuigranularis* wykazuje u małp i człowieka tak różną budowę, że niema tu mowy

o anatomicznej równowartościowości. U małp i człowieka stwierdza się więc bardzo znaczny rozrost i zróżnicowanie *regio granularis*. U pierwszych bowiem rozróżniamy w tej okolicy razem 14, u człowieka zaś 24 pola strukturalne.

Meynert, *Marinesco*, *Goldstein* łączyli wysepkę z funkcją mowy. *Brodmann* sprzeciwił się tej hypotezie dlatego, że wysepka właściwa jest wszystkim ssawcom i z tego powodu nie może służyć mowie. Badania moje wykazały jednak, że tylko insula agranularis właściwą jest wszystkim ssawcom, podczas gdy insula granularis u niższych ssawców albo wogóle nie występuje, albo jest tylko zaznaczona. Dopiero u wyższych ssawców, a szczególnie u człowieka, insula granularis wykazuje bardzo daleko posunięte zróżnicowanie.

Pozatem występuje u człowieka t. zw. *subregio tenuigranularis*, której już u małp niema w jej charakterystycznej postaci.

Wysepka składa się więc z genetycznie i architektonicznie różnych okolic. Te różnie zbudowane okolice służyć muszą różnym funkcjom.

1). *Insula agranularis* pozostaje niewątpliwie w związku z węchem. Na to wskazuje jej budowa. Pozatem występuje ona u wszystkich ssawców i jest u makrosmatyków lepiej rozwinięta niż u mikrosmatyków. *Regio insularis agranularis* w każdym razie nie pozostaje w żadnym związku z mową, bo u człowieka jest gorzej rozwinięta niż u niższych ssawców.

2). *Insula eugranularis* jest najlepiej rozwinięta u człowieka, występuje jednak i u innych ssawców — chociaż słabiej zróżnicowana. Chodzi tu więc o nieznaną nam funkcję, właściwą wszystkim ssawcom, najlepiej udoskonaloną u małp, a szczególnie u człowieka.

3). *Insula tenuigranularis* z jej 9 polami występuje tylko u człowieka. Chodzi tu więc o specyficznie ludzkie ośrodki. Pozatem, że kora ta występuje tylko u człowieka, podnieść należy jej podobieństwo w budowie z tylną częścią zwoju czołowego dolnego. Oba te czynniki pozwalają nam wysnuć wniosek, że *subregio insularis tenuigranularis* pozostaje w związku z funkcją mowy.

Tych kilka przykładów wystarcza, aby udowodnić, że architektonika porównawcza ma przy oznaczeniu funkcji doniosłe znaczenie, szczególnie gdy przeprowadzamy porównanie między trybem życia danego zwierzęcia i architektoniką jego mózgu.

Znaczenie architektoniki dla anatomji patologicznej jest już dziś przesądzone: schorzenia systemu pozapyramidowego, *sclerosis*

lateralis amyotrophica, *idiotismus amauroticus*, *atrophia Picka*, padaczka i. t. d. są cierpieniami, przy których rozpoznaniu architektonika odgrywa pierwszorzędną rolę.

Pozostaje nam wreszcie odpowiedź na pytanie, czy architektonika stwarza nam podstawy dla zrozumienia tak niesłychanie skomplikowanych zjawisk jak procesy psychiczne.

Mózg myszy wykazuje wedle badań ostatnio przezemnie przeprowadzonych 55 ośrodków architektonicznych. W mózgu nietoperza, który waży zaledwie 0,15 gr., jest około 30 ośrodków, w mózgu człowieka jest ich setki. Jeżeli wyobrazimy sobie wszelkie możliwe kombinacje między 55 ośrodkami architektonicznemi u myszy, a kombinacje te zachodzą, bo wskazują na to nader liczne drogi nerwowe, to dojdziemy wedle znanego wzoru $\frac{n(n-1)}{2}$ do liczby 1485.

Skomplikowana budowa anatomiczna stanowi tedy dostateczny substrat dla równie zawiłego życia psychicznego myszy. Jeszcze jaskrawiej przedstawia się ta sprawa u człowieka, u którego już stwierdzono setki ośrodków architektonicznych.

Badania architektoniczne stwarzają więc już dzisiaj zasadnicze podstawy także dla zrozumienia skomplikowanych procesów psychicznych. Wykazaliśmy bowiem, że narząd służący tym funkcjom jest równie skomplikowany i zawiły jak te funkcje, nie znamy tylko narazie mechanizmu funkcjonowania tego narządu.

---

2) Modrakowski J. i Wilczkowski E. (Warszawa)

PH KRWI, PŁYNU MÓZGOWO — RDZENIOWEGO I WYSIĘKU PO PRYSZCZYDŁACH W STANACH SZTUCZNEJ ALKALOZY I ACYDOZY U 4-ECH CHORYCH PSYCHICZNIE.

Autorzy ustalili reagowanie płynu mózgowo — rdzeniowego i tkanek ustrojowych na sztuczną alkalozę i acydozę. Miernikiem odczynu tkanek było PH wysięku po pryszczydłach. Badań w tym kierunku ani w normie ani w patologji dotychczas nie wykonano. Autorzy rozporządzali tylko materjałem patologicznym, a mianowicie: 2 chorymi na porażenie postępujące i 2 schizofrenikami.

I. Alkaloza — zapomocą natr. bicarbon. po 30 — 35 gr. dziennie w ciągu 5 dni — wywołała

a) zalkalizowanie płynu m. — rdzen. (podwyższenie PH o + 0,003 do + 0,052 w stosunku do PH płynu w stanie zwy-

kłym), przytem zjawisko to wystąpiło u schizofreników wyraźniej;

b) zalkalizowanie wysięku po pryszczydłach u obu porażeńców (podwyższenie PH o + 0,029 i + 0,092) i paradoksalne zjawisko u obu schizofreników, u których wysięk przesunął się w stronę kwaśną o — 0,040 i — 0,070 (mobilizowanie kwaśnych składników tkanek).

II. Acydoza — zapomocą ammon. chlorat. puriss. po 20 gr. dziennie w ciągu 5 dni (u jednego chorego na porażenie postępujące i u jednego schizofrenika) i zapomocą ammon. nitric. puriss. po 25 — 30 gr. dziennie w ciągu 5 dni (u następnej pary) wywołała

a) zakwaszenie płynu m. — rdz. naogół wyraźne, przytem u porażeńców silniejsze (0 — 0,061, i — 0,009), u schizofreników słabsze (0 — 0,013 i — 0,003);

b) zakwaszenie wysięku po pryszczydłach bardzo wyraźne, po części bardzo silne (— 0,037, — 0,117, — 0,151, — 0,186).

Badanie krwi w obu stanach wykazało bardzo wyraźne zmiany PH, szczególnie w kwasicy.

Określenie PH elektrodą chinhydrynową przeprowadził P. Dr. H. Sikorski.

Autorzy zaznaczają, iż pozostaje kwestją otwartą, o ile leniwe reagowanie płynu m. — rdz. na ich materjale nie stoi w związku ze sprawą chorobową, gdyż w piśmiennictwie niema danych co do zachowania się płynu m. — rdz. w stanach sztucznej alkalozy i acydozy u ludzi normalnych. Autorzy podkreślają, że u wszystkich badanych PH płynu już w stanie zwykłym było o wiele kwaśniejsze niż u ludzi normalnych, u których w stanie zwykłym PH płynu ma odpowiadać 7,4.

Autorzy uzyskali następujące liczby absolutne:

Chory K. p. p.	stan zwykły	alkaloza	acydoza
krew	7,4	7,462	7,39
płyn m. — rdz.	7,235	7,238	7,226
wysięk	7,407	7,431	7,365
Chory G. p. p.			
krew	7,413	7,423	7,255
płyn m. — rdz.	7,169	7,179	7,108
wysięk	7,185	7,277	7,068

	stan zwykły	alkaloza	acydoza
Chory S. sch.			
krew	7,4	7,448	7,353
płyn m. — rdz.	7,203	7,25	7,206
wysięk	7,342	7,272	7,191
Chory M. sch.			
krew	7,449x)	7,42	7,231
płyn m. — rdz.	7,185	7,237	7,172
wysięk	7,402	7,362	7,216

x) PH za wysokie dla stanu zwykłego.

---

3) Modrakowski J. i Wilczkowski E. (Warszawa)

PRZEPUSZCZALNOŚĆ OŚRODKOWEJ BARJERY NERWOWEJ W STANACH SZTUCZNEJ ALKALOZY I ACYDOZY U 4-CH CHORYCH PSYCHICZNIE.

Autorzy stosowali natr. bromat. po 5,0-5,4 gr. dziennie w ciągu 5 dni. Jednocześnie wywoływali sztuczną alkalozę lub acydozę. Technika podana w poprzednim referacie. Materjał dotyczy 2 chorych na porażenie postępujące, leczonych poprzednio zimnicą, stacjonarnych, i 2 chorych na schizofrenję.

Uzyskane współczynniki przepuszczalności podane w zestawieniu:

Stany:	zwykły	alkaloza	acydoza
Chory N. 1. p. p.	3,25	2,89	3,18
Chory N. 2. p. p.	3,04	3,18	2,7
Chory N. 3. Sch.	3,75	3,16	2,7
Chory N. 4. Sch.	3,0	3,25	2,36

Przy porównaniu z współczynnikami przepuszczalności w granicach normalnych: od 2,90 jako granicy najwyższej przepuszczalności i 3,30 jako najniższej — autorzy otrzymali:

1). w stanie zwykłym badani wykazali przepuszczalność w granicach normy za wyjątkiem chorego N. 3, który wykazał obniżenie jej poniżej normy;

2). w alkalozie współczynnik przepuszczalności przesunął się u chorych N. 2 i 4 w kierunku jej obniżenia, u chorych zaś N. 1 i 3 w kierunku jej wzmożenia; liczby absolutne pozostały w granicach normy za wyjątkiem chor. N. 1, który wykazał przepuszczalność nieco wyżej normy;

3). w acydozie u wszystkich badanych współczynnik przepuszczalności wybitnie przesunął się w kierunku jej wzmożenia, przytem wzmożenie to u 3-ch chorych znacznie przekroczyło granice normalne.

Określenia zawartości bromu we krwi i płynie mózg. — rdz. dokonała P. R. Lentrówna.

Dyskusja.

a) E. Minkowskiego do referatu M. Rosego.

Że różnice budowy cytoarchitektonicznej rozmaitych okolic kory mózgowej mogą mieć też znaczenie fizjologiczne, to zgodnie z opinją *Rosego*, Minkowski potwierdza na zasadzie własnych badań. W swoim czasie prowadził on systematyczne badania eksperymentalne nad korą małpy (*macacus rheus*), wychodząc właśnie z założeń cytoarchitektonicznych t.j. wyłuszczając rozmaite jej części podług granic ustalonych cytoarchitektonicznie, obserwując zaburzenia funkcjonalne przez dłuższy czas po operacji i wreszcie studjując wtórne degeneracje mózgowe, spowodowane przez zniszczenie tych różnych pól cytoarchitektonicznych. Badania te wykazały np. między innemi, że dzielnica cytoarchitektoniczna, znana ogólnie pod nazwą *area striata*, a odznaczająca się pod względem cytoarchitektoniki przez podział wewnętrznej warstwy ziarnistej na dwie podwarstwy ziarniste, powierzchowną i głęboką, między któremi pozostaje warstwa pośrednia, zawierająca pasmo *(stria) Vicq d'Azyra*, jest polem reprezentacji w korze mózgowej zewnętrznego ciałka kolankowatego. Istotnie ciałko to podlega całkowitej degeneracji po zniszczeniu *area striata* i pozostaje bez zmian po zniszczeniu kory otaczającej. Pod względem funkcjonalnym wynika stąd, że podrażnienia wzrokowe, które u wyższych zwierząt i u człowieka przez nerwy wzrokowe prowadzone są po większej części do zewnętrznego ciałka kolankowatego, jako głównego ośrodka podkorowego wzroku, dochodzą za jego pośrednictwem do kory mózgowej właśnie w obrębie *area striata* i że z tem jest niezawodnie związana jej specyficzna budowa cytoarchitektoniczna. Można nawet dalej (na zasadzie badań Minkowskiego) wskazać na to, że w zewnętrznem ciałku kolankowatem włókna, pochodzące z korespondujących części obu siatkówek, kończą się nie wspólnie, naokoło tych samych komórek, jak dawniej przypuszczano, lecz w

różnych, oddzielonych od siebie warstwach komórkowych. Oznacza to, że podrażnienia wzrokowe, które pochodzą z jednego i z drugiego oka, posiadają w zewnętrznem ciałku kolankowatem samodzielne pola reprezentacji anatomiczno — funkcjonalnej; wobec zaś istnienia ścisłej projekcji między różnemi częściami tego ciałka, a korą *area striata* (*Minkowski* i inni) i na zasadzie pewnych danych fizjologicznych można dalej przypuszczać że podobne, choć oczywiście nie identyczne, warunki istnieją i w korze mózgowej, dokładniej w *area striata* t. j. że i tutaj każde oko ma swoją własną dziedzinę optymalnej reprezentacji i, że dopiero tutaj odbywa się skojarzenie i złączenie obu procesów podrażnieniowych pochodzenia monokularnego, stanowiące podstawę fuzji dwóch obrazów monokularnych w jeden wspólny obraz binokularny, Cóż naturalniejszego, jak przypuszczać, że ta wysoce zróżniczkowana, specyficzna i jedyna w swoim rodzaju budowa cytoarchitektoniczna *area striata* jest ścisłym odpowiednikiem morfologicznym nietylko odbierania w tej okolicy korowej podrażnień wzrokowych jako takich, lecz i tego swoistego kojarzenia dwóch procesów poszczególnych w jedną syntetyczną całość?

Minkowski przekonał się również w czasie tych badań, że przedni zawój ośrodkowy, należący do charakterystycznego typu cytoarchitektonicznego *regio praecentralis* z jednej strony, a tylny zawój ośrodkowy o odmiennym typie *regio postcentralis* z drugiej, posiadają też wyraźne odmienne połączenia anatomiczne oraz funkcje; że zaburzenia po zniszczeniu *regio praecentralis* są przeważnie natury ruchowej, po zniszczeniu zaś *regio postcentralis* natury czuciowej i t. d. Jednocześnie jednak ta właśnie okolica wskazuje też na znaczne trudności w komentowaniu typów cytoarchitektonicznych. Tak np. olbrzymie komórki piramidowe *Betza* w *area gigantopyramidalis* przedniego zawoju ośrodkowego są w części punktem wyjścia ogromnej większości włókien szlaków piramidowych, w części jednak dają początek włóknom ciała spoistego, tak że widzimy tu, że elementy komórkowe wspólnego typu mogą mieć różne znaczenie anatomiczno — funkcjonalne. Dalej, kora *area gigantopyramidalis* pozbawiona jest wewnętrznej warstwy ziarnistej, która jest szczególnie rozwinięta w terytorjach reprezentacji zmysłów i czucia (regio occipitalis, regio temporalis, regio postcentralis i t. d) i której się przypisuje ogólnie funkcje recepcyjne w związku z zakończeniem w jej obrębie centrypetalnych (dośrodkowych) włókien projekcyjnych. Na tej zasadzie możnaby było

przypuszczać, że przedni zawój ośrodkowy takich włókien wogóle nie posiada, albo innemi słowy że pod względem funkcji projekcyjnych jest on okolicą czysto ruchową. W rzeczywistości jednak jest zgoła inaczej. Badanie wtórnych degeneracji po wyłuszczeniu przedniego zawoju ośrodkowego wykazuje między innymi też degenerację komórek nerwowych w pewnej części wzgórka wzrokowego i dowodzi tem, że przedni zawój ośrodkowy posiada oprócz włókien asocjacyjnych i komisuralnych i licznych włókien projekcyjnych odśrodkowych (piramidowych i innych) również liczne włókna projekcyjne dośrodkowe, które służą zapewne nieświadomemu czuciu głębokiemu. Wobec tego zawój ten mimo bardzo wybitnych funkcji ruchowych i pozorów cytoarchitektonicznych, nie może być uważany za okolicę specyficznie ruchową, jak to nieraz ma miejsce, lecz jest ośrodkiem czuciowo — ruchowym, kojarzeniowym i spoidłowym, choć z wybitnym udziałem i szczególnym zróżnicowaniem funkcji ruchowych.

Wogóle i pod względem morfologicznym należy w stosunku do cytoarchitektoniki kory mózgowej poczynić pewne zastrzeżenia. O ile odgraniczenie głównych typów kory mózgowej zwłaszcza tak charakterystycznych jak wspomniane wyżej *area striata* i *area gigantopyramidalis* nie przedstawia naogół trudności, to rozpoznanie i odgraniczenie typów bardziej specjalnych, jak np. rozmaitych poszczególnych pól w obrębie *regio postcentralis* (w tylnym zawoju ośrodkowym) lub regio temporalis (w płacie skroniowym), napotyka przeciwnie (podług badań Minkowskiego nad mózgiem małpy) na duże bardzo trudności i nieraz nie może być przeprowadzone. Trzeba też zaznaczyć, że pewne różnice morfologiczne dają się nieraz skonstatować w obrębie tego samego pola (np. area striata), że istnieją zawsze różnice między korą na powierzchni mózgu a tą, która się znajduje na około i w głębi bruzd, że obraz cytoarchitektoniczny zmienia się zależnie od tego, czy kora jest przecięta zupełnie czołowo, czy też na ukos i t. d.

Wogóle wydaje się, że badania cytoarchitektoniczne mogą najprędzej wykazać pewne różnice morfologiczne w korze mózgowej, związane z lokalizacją różnych funkcji projekcyjnych (np. wzrokowych, słuchowych, czuciowych, ruchowych i t. d.) w korze mózgowej, natomiast nie dają nam tymczasem wyraźnych wskazówek w stosunku do wyższych funkcji kojarzeniowych kory, które stanowią właściwy charakterystyczny element jej działania, ale

pozbawione są zapewne, przynajmniej w znacznej mierze, tej specyficzności, która cechuje rozmaite funkcje ruchów, czucia i zmysłów.

W każdym razie dla zrozumienia funkcjonowania kory mózgowej należy oprócz momentów morfologicznych uwzględnić w jaknajszerszym zakresie czynniki genetyczne, które z jednej strony sprawiają, że mózgi, morfologicznie i cytoarchitektonicznie podobne, są w rzeczywistości zupełnie różne pod względem swych sprawności funkcjonalnych, z drugiej zaś w tym samym mózgu umożliwiają rozmaite formy kojarzenia i poszczególnego funkcjonowania. W swoim czasie wskazywał Minkowski na to, że w korze mózgowej istnieją z jednej strony elementy i aparaty mało zróżnicowane, o charakterze raczej embrjonalnym, które są podstawą bardzo rozlanych kojarzeń o daleko idącej irradjacji i generalizacji podrażnień (jak to cechuje drażliwość wczesnych okresów rozwojowych), z drugiej zaś elementy zróżniczkowane, jako substrat bardziej specjalnych i zlokalizowanych funkcji, zarówno projekcyjnych jak asocjacyjnych i komisuralnych. Rzeczywiste funkcjonowanie kory mózgowej polega prawdopodobnie na jednoczesnej działalności tych elementów względnie typów szerzenia się podrażnień w jej obrębie, przy bądź słabszym lub silniejszym udziale to jednych to drugich i wynikających stąd najrozmaitszych figurach i motywach podrażnieniowych.

Bardzo zainteresowało Minkowskiego w odczycie *Rosego*, że podług nowych badań przednia część wyspy posiada zupełnie podobną budowę cytoarchitektoniczną jak tylna część 3-go zawoju czołowego, znana pod nazwą zawoju *Broca*. Tutaj dane cytoarchitektoniczne zgadzają się zupełnie z wynikiem nowszych badań nad afazją. Badania te wskazują, że zawój *Broca* nie może być uważany (jak dotąd) za jeden i specyficzny ośrodek ruchowy mowy, lecz że pod tym względem należy conajmniej dołączyć do niego przednią część wyspy, a być może i przylegające części 2-go i 3-go zawoju czołowego, tak że szereg autorów (*Monakow*, *Déjérine* i inni) mówi teraz o „rozszerzonej okolicy *Broca*". „Ta okolica anatomokliniczna, której uszkodzenie wywołuje charakterystyczne zaburzenia mowy, odpowiada polu cytoarchitektonicznemu (obejmującemu i zawój *Broca* i przednią część wyspy), o którem mówił *Rose* w swym referacie.

b) M. Rose

uważa oświetlenie badań ze strony fizjologicznej przez uczonego tej miary co Minkowski za bardzo cenne.

Badania anatomiczno—porównawcze stwierdzają, że dużo zwierząt o binokularnem widzeniu nie wykazuje w obrębie kory wzrokowej podziału warstwy ziarnistej (IV) na podwarstwy, co przemawia przeciw hypotezie *Barany'ego* i *Kleist'a* o związku między widzeniem binokularnem a podziałem warstwy ziarnistej.

Pole architektoniczne uważać należy tylko wtedy za istniejące, jeżeli stwierdzamy w niem charakterystyczną budowę, różniącą je wyraźnie od pól otaczających. W publikacjach swoich podaje Rose zawsze światłodruki, sporządzone bezpośrednio z mikrofotograficznych zdjęć preparatów; w niniejszym zaś odczycie przedstawił przeźrocza, sporządzone z oryginalnych mikrofotografji u ludzi i zwierząt. Dyskusja więc prowadzona być może tylko nad przedstawionemi mikrofotografjami, a z tych niewątpliwie wynika, że w korze mózgowej ludzi i zwierząt jest bardzo dużo pól architektonicznych (n. p. w korze tak małego zwierzęcia jak mysz) i że prz dostatecznej wprawie łatwo je odróżnić.

Posiedzenie III., piątek 27. IX. 29, godz. 16.

1) Piotrowski Al. (Dziekanka)

JAK WINIEN WYGLĄDAĆ NOWOCZESNY SZPITAL PSYCHJATRYCZNY.

Streszczenie.

(Oryginał drukowany w Nowinach Psychjatrycznych rok 1929, III-IV kwartał).

Po przeglądzie historycznym rozwoju szpitalnictwa psychjatrycznego autor podaje kryterja, które się składają na pojęcie nowoczesnego szpitala psychjatrycznego. Opierając się na danych z dziedziny psychoterapji i hygjeny psychicznej, Piotrowski sformułował swoje propozycje, podkreślając potrzebę większego różniczkowania chorych, co się da urzeczywistnić tylko wtedy, gdy szpital posiada dostateczną ilość mniejszych ubikacji. Każdy nowy okres, który sprowadził polepszenie warunków życia zakładowego przez udoskonalenie czy to w budownictwie, czy w urządzeniach wewnętrznych, przyczynił się do podniesienia poziomu kulturalnego chorych i do poprawy ich stanu psychicznego. Owe udoskonalenia stanowiły silną podporę dla lecznictwa i same przez się przedstawiały pośredni środek leczniczy. Dalsze polepszenia warunków bytowania

w zakładzie psychjatrycznym dadzą jeszcze lepsze rezultaty terapeutyczne. Zamiast wielkich koszarowych budowli z oknami zakratowanemi, otoczonych wysokiemi murami, zamiast pawilonów-olbrzymów, zaleca się budować liczniejsze pawilony małe; tym sposobem usunie się ponury i zimny wygląd, jaki miały dawniejsze budowle, wywołujące wrażenie detencji. Zakład dotychczasowy, z natury i z przeznaczenia zamknięty, był, jest i pozostanie niedoskonałym i winien być zastąpiony przez zakład — fermę, więcej otwarty niż zamknięty, mianowicie otwarty dla wszelkiego rodzaju udoskonaleń i dla wszelkich przejawów postępu. Wygląd domów, budowanych nie szablonowo lecz gustownie, nie powinien przypominać w niczem dawniejszego zakładu detencyjnego, a całość winna wyglądać raczej jak posiadłość prywatna, wzgl. podmiejska kolonja wil. Domy parterowe winny liczebnie przeważać nad pawilonami i gmachami piętrowemi. Hasłem tej kolonji winna być praca na roli i w warsztatach, jako najważniejszy środek leczniczy. Ze względu na okoliczność, że większość naszych chorych pochodzi ze wsi i obeznaną jest z uprawą roli, ona winna stanowić najważniejszy i największy warsztat pracy. Ze względów hygjenicznych nie należy do szpitala psychjatrycznego przyjmować kryminalnych chorych i psychjatrycznych nalogowych przestępców, bo tego rodzaju indywidua wymagają innego traktowania, potrzebują ściślejszego obostrzonego dozoru, wywierają ujemny wpływ na otoczenie, wywołują niesmak u innych chorych i odstraszają publiczność. Dla tej kategorji osobników powinny istnieć specjalne schroniska, albo oddziały przy więzieniach. Szpital psychjatryczny zobrazowany w referacie odpowiada wymogom nowoczesnej psychjatrji, hygjeny, psychoterapji, kultury i cywilizacji. Koszta, spowodowane budową i urządzeniem takiego szpitala, nie będą wydane na marne, jeżeli zorganizujemy szpital na zasadzie samowystarczalności. Da się to łatwiej przeprowadzić w większym szpitalu, niż w mniejszym. Wobec takiego szpitala zniknie nieufność. Społeczeństwo chętniej będzie oddawać chorych w opiekę szpitalną, a chorzy pozbędą się prędzej dolegliwości chorobowych i będą się czuć dobrze. Szpital zaś będzie nietylko lecznicą, ale także szkołą życia i ośrodkiem cywilizacyjnym, wywierającym wpływ dodatni na chorych i ich rodziny, i przyczyni się do podniesienia poziomu kulturalnego i socjalnego w bliższem i dalszem sąsiedztwie.

2) Łuniewski W. (Tworki)

NAJWAŻNIEJSZE ZAGADNIENIA DOTYCZĄCE PROGRAMU BUDOWY ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

(nie nadesłano).

3) Bednarz J. (Kulparków)

SZKIC ROZBUDOWY ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE W ŚWIETLE LICZB.

(nie nadesłano).

4) Radziwiłłowicz R. (Wilno)

PROJEKT ROZBUDOWY KLINIKI PSYCHJATRYCZNEJ I PAŃSTWOWEGO SZPITALA PSYCHJATRYCZNEGO W WILNIE.

Ponieważ szczegółowe przedstawienie projektu zostało wydrukowane w „Roczniku", referent ogranicza się do przedstawienia planów projektowanych budynków w skali 1 : 50, przyczem podkreśla w planach pawilonów obserwacyjnych oddzielne pomieszczenia przeznaczone dla ubierania i rozbierania chorych przed i po werandowaniu. Podnosi znaczenie werandowania w leczeniu psychicznie chorych.

Podkreśla dalej znaczenie połączenia szpitala z kliniką, szczególnie ważną dla kliniki ze względu na materjał, który klinika dostarcza szpitalowi. Wreszcie wskazuje na konieczność zbudowania dla Wileńszczyzny większego zakładu psychjatrycznego, i zgłasza projekt uchwały na plenum Zjazdu, który uzupełniony przez prof. Mazurkiewicza i dyr. Łuniewskiego, zostaje przyjęty przez zebranie.

Dyskusja.

1) Bychowski jun., Warszawa, do referatów o psychopatji: Pojęcie psychopatji nie ma w sobie nic fatalistycznego a sposób, w jaki prezentują się psychopaci, manifestacje chorobowe, które czynią konieczną naszą interwencję — to dopiero wtórne reakcje, splot wynikający z działania warunków życiowych; te reakcje możemy zmieniać, pole działania jest tu dla nas bardzo szerokie. Nawet t. zw. charaktery schizoidalne okazują się w znacznej mierze plastyczne. Tylko psychoterapja indywidualna może rozwikłać te wtórne nastawienia i sprowadzić je do elementów prostszych. Wiele spraw,

które bez tego wydawać się muszą beznadziejne, daje wdzięczne pole dla dalszych usiłowań terapeutycznych.

2) Bornsztajn (Warszawa) zaznacza, że on to podał temat o psychopatjach konstytucjonalnych na zeszłorocznym zjeździe psychjatrycznym w Tworkach i że na rozczłonkowanie, układ poszczególnych odczytów na ten temat, nie miał wpływu. Kiedy czytał szereg odczytów, przeznaczonych na ten temat na Zjazd Wileński, prawdziwą oazą był dla niego zapowiedziany odczyt prof. Mazurkiewicza o życiu afektywnym psychopatów, i cieszył się, że choć jeden odczyt będzie mówił o rzeczy najważniejszej, jego zdaniem, kiedy mowa o konstytucjach psychopatycznych. Wykład prof. Mazurkiewicza dotyczący prób ujęcia genezy uczuć wogóle ze stanowiska fizjologji, chociaż pięknie wykoncypowany i wspaniale napisany, zawiódł Bornsztajna o tyle, że nie znalazł w nim tego, co jego zdaniem byłoby najważniejsze z punktu widzenia klinicznego i psychologicznego. Klinicznie byłoby według Bornsztajna najciekawsze ustalić, a przynajmniej dać przyczynki do ustalenia cech charakterystycznych dla stanów przejściowych od konstytucji psychopatycznej do psychozy samej (np. od schizoidu do schizofrenji) oraz dać sylwetki kliniczno — charakterologiczne samych psychopatów rozmaitego autoramentu, albowiem mało jest tego rodzaju prac. A dalej zabrakło według Bornsztajna punktu widzenia psychologicznego, który tutaj powinien był zajmować miejsce naczelne. Borsztajn dodaje, że wykład Minkowskiego doskonale uwydatnił różnicę jaka istnieje, a właściwie istnieć powinna w ujmowaniu psychopatji konstytucjonalnej dawniej (pod wpływem nauk Morela i Magnana), a dzisiejszem ujmowaniem tej kwestji. Psychoanaliza może dać według Bornsztajna rezultaty tak zdumiewające, że ludzie obarczeni ciężką konstytucją psychopatyczną, nad którymi dawniej machniętoby ręką jako nieuleczalnymi, zmieniają się w sposób tak radykalny, że są nie do poznania ani dla siebie ani dla otoczenia.

3) Meisner (Kobierzyn) jako psychopatów ustrojowych przeciwspołecznych uważa tych, którzy ciągle i mniej lub więcej świadomie działają dla swych celów osobistych, ze szkodą społeczeństwa. U wszystkich tych typów stwierdza się zawsze mniej lub więcej znaczne niedostatki intelektualne. W najkorzystniejszym przypadku można stwierdzić ubóstwo pojęć oraz niejasne myślenie, a więc cechy oligofreniczne. Niedostatki te są pierwotne (primäre Intelligenzschwäche).

4) Babecki (Warszawa) stwierdza, że w Polsce potrzeba na gwałt 20.000 łóżek psychjatrycznych, razem z innemi (wewnętrze etc) około 100.000 łóżek. Łóżko w sanatorjum kosztuje 30.000 zł., na prowincji najmniej 15.000 zł. W ten sposób stworzenie tych 100.000 dałoby niepomiernie wielkie koszty. Według Babeckiego popełnia się jak dotąd następujące błędy w budownictwie szpitalnem psychjatrycznem: 1) Niewłaściwe projektowanie, mianowicie szereg pawilonów, a więc oddzielnych szpitalików, co powoduje olbrzymią stratę ciepła, następnie zwiększona znacznie powierzchnia dachów, dalej kosztowne centralne ogrzewanie pawilonowe, które często zawodzi, 2) budowa kosztowna, 3) kosztowne potem utrzymanie. Czyli zbierając, system pawilonowy jest według mówcy bardzo drogi. Najtaniej jest zbudować i utrzymać duże wysokie budynki, a więc dwa budynki, mianowicie męski i żeński, oraz osobny budynek zarządu. Dla chorych niespokojnych pokoje o specjalnej technice budowlanej ścian i podłóg (za ścianą nic nie słychać). Mówca oświadcza się za systemem blokowym na wzór Ameryki.

5) Łapiński (Warszawa) 1) Podnosi wartość narad nad budową zakładów psychjatrycznych psychjatrów, hygjenistów społecznych i architektów. 2) Koszt łóżka psychjatrycznego przy posiadanym już terenie wyniesie 6 - 10.000 zł. 3) Należy na terenie zakładowym poza murami zakładów budować po kilka domków dla obu płci osobno, gdzieby umieszczano chorych niewymagających opieki zakładowej. 4) Należy przewidzieć pawilon bez służby, gdzieby chorzy sami o sobie pamiętali, by w razie dodatnich wyników zostali wypuszczeni na wolność. 5) Wreszcie referent przypomina, że miasto Warszawa od dłuższego czasu projektuje zakład na 1.000 chorych; teren wybrano na północnych krańcach wielkiej Warszawy. Przewidziano tam pawilon oddzielny dla narkomanów, domki dla opieki rodzinnej na terenie zakładowym i pawilon bez służby.

6) Łuniewski (Tworki). Przyznaje się do winy niedostatecznego podkreślenia potrzeb psychjatrycznych Wileńszczyzny i bez zastrzeżeń popiera poprawki prof. Radziwiłłowicza. Uwagi pułkownika Babeckiego są dla psychjatrów, według niego, tak nowe, że przyznaje, iż nie jest do nich dość przygotowany. Być może, że w postulatach budowlanych za mało liczono się z wymogami nowoczesnego budownictwa.

7) Cyran (Lubliniec) zapytuje się, czy czyniono starania celem odzyskania Nowej Wilejki na cele psychjatryczne, gdyż przy-

puszczalnie wojsko będzie się lepiej czuło w koszarach niż w budynkach zakładu psychjatrycznego (dyr. Łuniewski przerywa: wszelkie starania są daremne z powodu wielkich inwestycji, jakie tam poczyniono). W sprawie uproszczenia budowy zakładów poruszonej przez pułk. Babeckiego zaznacza, że nie godzi się na amerykanizowanie zakładów psychjatrycznych, i przemawia za kompromisem między systemem blokowym i pawilonowym.

8) Fuhrman (Chełm Lubelski) oświadcza, że w projekcie szpitala chełmskiego uwzględniono również opiekę pozazakładową w postaci t. zw. „Pflegedorf". W projektach Gostynina i Kojran podkreśla ten brak, iż przybywający do zakładu chorzy muszą przechodzić przez część zakładu zamieszkałą przez lekarzy i urzędników. W szpitalu chełmskim jest przeprowadzone skrupulatne oddzielenie części zakładu zajętej przez chorych, a części zamieszkałej przez personel, oraz części odwiedzanej przez osoby obce (dostawców i t. p.). Fakt ten ma umożliwić jaknajdalej posuniętą swobodę udzielaną chorym.

Posiedzenie IV. sobota, dnia 28. IX. 1929, godz. 10½.

1) Zajączkowski H. (Dziekanka)

BEZSENNOŚĆ U OSÓB PSYCHICZNIE CHORYCH I JEJ ZWALCZANIE W DZIEKANCE.

(Oryginał drukowany w Nowinach Psychjatrycznych 1929, III-IV).

Streszczenie.

Autor omawia wyniki badań systematycznych nad bezsennością w Dziekance w ciągu lat dziesięciu, badań opartych na codziennych raportach o blisko tysiącu chorych. Wyniki są następujące:

1) Bezsenność przejawia się okresowo na zmianę z okresami dłuższemi snu wystarczającego dla organizmu. Środki nasenne nie wywierają wpływu decydującego na regularność pojawiającej się bezsenności;

2) Rodzaj zachorzenia systemu nerwowego centralnego nie wpływa bynajmniej na przebieg bezsenności, która ujawnia charakter okresowości we wszystkich chorobach z nią połączonych.

Autor uważa bezsenność jako hypofunkcję hypotetycznego ośrodka, regulującego sen, charakter zaś okresowy bezsenności jest właśnie według autora dowodem wskazującym na istnienie takiego aktywnego ośrodka. W leczeniu bezsenności przez dyr. Al. Piotrowskiego w Dziekance używanie środków nasennych jest nad wyraz oszczędne — dzięki obserwacjom, stwierdzającym, że owe środki nie wywierają istotnego wpływu na ustępowanie bezsenności, ale działają li tylko symptomatycznie. Sen normalny powraca u chorego po wyczerpaniu się pewnego cyklu bezsenności i to niezależnie od używania środków nasennych.

---

2) Drożdż W. i Morozowa (Lublin)

BADANIA NAD ZAWARTOŚCIĄ ŻELAZA W KORZE MÓZGOWEJ PSYCHICZNIE CHORYCH.

(nie nadesłano)

(referat odczytany).

---

3) Świerczek St. (Dziekanka)

O LECZENIU PARALIŻU POSTĘPUJĄCEGO MALARJĄ Z UWZGLĘDNIENIEM WYNIKÓW W DZIEKANCE.

(referat odczytany).

(Oryginał drukowany w Nowinach Psychjatrycznych 1929, III-IV).

Streszczenie.

Autor daje na wstępie dłuższy przegląd odnośnego piśmiennictwa, uwzględniając zarówno zapatrywania optymistyczne jak i pesymistyczne. Następnie podaje wyniki w Dziekance, gdzie na 79 paralityków leczonych malarją było 11,3 % zgonów, 30,24 % popraw, w czem 10 % remisji. Końcowa część referatu zawiera uwagi krytyczne z uwzględnieniem syfilidologji, histopatologji, patologji i kliniki. Autor podkreśla wysoką śmiertelność na skutek malarji, oraz liczne wady statystyk popraw po malarji, na skutek nieustalenia zasadniczych pojęć (jak remisja) i złej katamnezy. Wyniki w Dziekance podtrzymują stanowisko pesymistyczne, jakie Dziekanka zajęła od samego początku w stosunku do malarji leczniczej.

---

4) Medem J. (Dziekanka)

BADANIA KONTROLNE NAD SYMPTOMATOLOGJĄ PŁYNU MÓZGOWO — RDZENIOWEGO W PORAŻENIU POSTĘPUJĄCEM I W INNYCH SCHORZENIACH KIŁOWYCH OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO.

(Orginał drukowany w Nowinach Psychjatrycznych 1929, III.—IV).

Streszczenie.

Po krótkim przeglądzie rozwoju badań nad symptomatologją płynu mózgowo — rdzeniowego przy schorzeniach kiłowych układu nerwowego, autor omawia wyniki badań około 200 płynów pochodzących od chorych na porażenie postępujące, kiłę mózgu i wiąd rdzenia. Na podstawie tych wyników przyszedł on do przekonania, iż odczyn Wassermanna (tak samo inne odczyny serologiczne), wykonany z wzrastającemi dawkami płynu mózgowo — rdzeniowego, wypada naogół dodatnio, zwłaszcza o ile chodzi o porażenie postępujące, lecz w pewnych przypadkach może być ujemny. Co się zaś tyczy badań chemicznych oraz odczynów koloidalnych, to te zawsze dają wyniki dodatnie przy wszystkich schorzeniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego, z czego autor wyciąga wniosek, że płyn mózgowo — rdzeniowy normalny wyklucza schorzenie ośrodkowego układu nerwowego na tle kiłowem.

Jeżeli chodzi o zróżniczkowanie poszczególnych postaci kiły ośrodkowego układu nerwowego, to wprawdzie istnieją typowe obrazy zmian płynu mózgowo — rdzeniowego dla porażenia postępującego, wiądu rdzenia i kiły mózgu, nie są one jednak dotąd wystarczająco odgraniczone od siebie, aby można było wyłącznie na podstawie wyniku badania laboratoryjnego postawić z absolutną pewnością rozpoznanie tej lub innej postaci.

---

5) Bychowski G. (Warszawa)

O PROJEKCJI.

(nie nadesłano)

(referat odczytany).

---

6) Chłopicki Wł. (Kraków)

NAPADOWE NATRĘCTWA MYŚLOWE W PRZEBIEGU PARKINSONIZMU PO NAGMINNEM ŚPIĄCZKOWEM ZAPALENIU MÓZGU.

(nie nadesłano)

(referat odczytany).

7) Meissner J. (Kobierzyn)

BRAKI INTELEKTUALNE A RYSY PRZECIWSPOŁECZNE U PSYCHOPATÓW KONSTYTUCJONALNYCH.

(nie nadesłano).

8) Wilczyński Fr. (Dziekanka)

LECZNICTWO PSYCHJATRYCZNE W DZIEKANCE W OSTATNICH 10 LATACH.

(Orginał drukowany w Nowinach Psychjatrycznych 1929, III-IV).

Streszczenie.

Lecznictwo psychjatryczne jest obarczone całym szeregiem tradycyjnych form postępowania, które są zbyteczne.

Mury, kraty, izolatki, kaftany, maski, rękawice, łóżka osiatkowane, szematyczne stosowanie leczenia pościelowego, kąpiele prolongowane, zawijania w koce, zastrzykiwania skopolaminy i morfiny i masowe rozdawanie nasenników są szkodliwe i bezwartościowe. Dla tego Al. Piotrowski zarzucił tego rodzaju metody leczenia, usunął mury i po większej części zniósł kraty i izolatki i wszelkie środki przymusowe i zastąpił je dobrem, treściwem, obfitem odżywianiem, systematycznem wychowaniem chorych do życia społecznego i rodzinnego drogą przyzwyczajenia ich do systematycznej pracy, do przestrzegania prawideł higjeny, przez psychoterapję, utrzymywał ich na możliwie wysokim poziomie kulturalnym, leczenie zajęciowe rozwinął do poważnych rozmiarów (ca 90% pacjentów zajętych).

Mimo tych zmian zapanowały w Dziekance warunki pracy psychjatrycznej, które udowodniły, że system leczniczy, stosowany w ostatnich 10 latach w Dziekance, nie pogorszył ogólnego stanu, lecz poprawił stosunki wewnętrzne Zakładu.

Cały szereg niepożądanych zjawisk jak zanieczyszczanie, odleżyny, samowolne oddalanie się chorych z oddziałów zamkniętych, uszkodzenie przedmiotów przez wzburzonych chorych nie pomnożył się, lecz występował rzadziej.

Stan zdrowotny pacjentów poprawił się. Odsetka pacjentów wypisanych w stanie wyleczenia i poprawy przed 10 laty była niższa, niż odsetki niewyleczonych i zmarłych i wynosiła mniej niż 50%, natomiast w ostatnim roku była wyższa niż 50% wszystkich wypisanych.

Zatem odsetka wypisanych w stanie wyleczenia i polepszenia wzrosła, odsetka niewyleczonych i zmarłych zmniejszyła się.

Autor przytacza tablice statystyczne i przychodzi na podstawie danych do wniosku, że lecznictwo psychjatryczne, stosowane w ostatnich 10 latach w Dziekance, stanowi krok naprzód na drodze rozwoju psychjatrji praktycznej.

---

9) Frąckowiak T. (Kraków)

PSYCHOPATJA EPILEPTOIDALNA I CHARAKTER EPILEPTYCZNY.

(referat odczytany)

Streszczenie.

Sprawa stosunku charakteru praemorbidnego do psychozy pomimo rozlicznych badań w tym kierunku pozostała nadal problemem. Problem ten rozszerzają badania nad charakterem epileptycznym. Nie ograniczają się one li tylko do dziedziny psychopatologji, lecz wkraczają na teren charakterologji z tezą, że wśród ludzi zdrowych można wyodrębnić typ charakterologiczny o zespole cech psychicznych, jakie właściwe są epileptykom.

Liczne prace, które powstały na ten temat od czasów Samta, różnią się między sobą nietylko najsprzeczniejszymi wynikami, ale także rozmaitością metod stosowanych przy opracowaniu tego zagadnienia.

W związku z tem, referat porusza następujące kwestje:

1. Jakie cechy psychiczne odnajdujemy u osób cierpiących na padaczkę,
2. czy cechy te dadzą połączyć się w zespoły dla stworzenia jednolitej sylwetki charakterologicznej,
3. czy charakter ten istnieje już przed chorobą, czy jest tylko następstwem sprawy chorobowej,
4. czy istnieje epileptoid.

Zasadnicza trudność w rozwiązaniu wyżej zakreślonych zagadnień leży w trudności odgraniczenia epilepsji genuinnej jako

takiej. Jeśli mimo to badania nad trzema pierwszemi pytaniami dały dużo pozytywnego materjału, to sprawa epileptoidu jako charakteru, leżącego jeszcze w granicach normy, obraca się ciągle jeszcze w sferze przeczuć i przypuszczeń, nie mających dotychczas bezwzględnie naukowego poparcia. Dopiero ostrzejsze odgraniczenie epileptycznego charakteru przedchorobowego i przeciwstawienie go innym normalnym, lub psychopatycznym typom charakterologicznym pozwoli stwierdzić odrębność, czy też brak specyficzności charakteru epileptycznego. Zagadnienie charakteru epileptycznego łączy się w ten sposób ściśle z charakterologją wogóle.

---

10) St. Paszkowski (Kraków)

PRAWOŚĆ CHARAKTERU U OSÓB Z PSYCHOZĄ MANJAKALNO-DEPRESYJNĄ.

(referat odczytany)

Streszczenie.

Kretschmer w charakterze cyklotymików podkreśla liczne cechy, których podstawą jest uczuciowość, przewaga życia afektywnego.

Jest jednak rzeczą uderzającą, że w wywiadach chorych z depresją lub z hypomanją perjodyczną rodziny podnoszą zwykle pewne zalety charakteru swych bliskich, co zauważył prof. Piltz przed kilkunastu laty, i co wielokrotnie referent miał sposobność potwierdzić w Klinice Neurologiczno-Psychjatrycznej U. J. w Krakowie.

Temi dodatniemi cechami charakteru w stanie zdrowia, unaocznionemi przez przytoczenie 9-ciu zbadanych w tym kierunku przez referenta przypadków, jest — ogólnie mówiąc — szlachetność, prawość, czystość i prostota etyki.

Niewątpliwie źródłem tych cech jest stan uczuciowy cyklotymików, z którego wypływa wiele nakazów etycznych w stosunku do otoczenia lub powierzonego obowiązku.

Referent nie chce wnioskować, że tak jest zawsze, poczynione jednak przezeń spostrzeżenia upoważniają do pewnych uogólnień i twierdzenia, że osoby z depresją lub hypomanją perjodyczną, rekrutujące się z pośród cyklotymików, odznaczają się szlachetnością swych uczuć i czystością zasad etycznych

Wartościowość tych cech i możność społecznego ich wykorzystania skłaniają referenta do zwrócenia na nie baczniejszej uwagi.

---

11) Gorzkowski W. i Zajączkowski H. (Dziekanka)

ROZWAŻANIA O ALKOHOLIŹMIE NA TLE STANU ZACHORZEŃ PSYCHICZNYCH ALKOHOLOWYCH W DZIEKANCE PRZED WOJNĄ I PO WOJNIE ŚWIATOWEJ.

(Oryginał drukowany w Nowinach Psychjatrycznych 1929, III-IV).

(referat odczytany)

Streszczenie.

Autorzy stwierdzają, że alkoholizm szerzy się z zastraszającą szybkością i że następstwem tego jest zwiększenie się liczby zachorzeń psychicznych alkoholowych.

W Dziekance liczba psychoz alkoholowych zwiększyła się po wojnie 20-krotnie. Połowa wszystkich pacjentów z temi psychozami chorowała na alkoholizm chroniczny, 30% na delirium tremens, 8% na paranoia alcoholica, reszta zaś na psychozę Korsakowa, dypsomanję, halucynozę alkoholową, a 3 pacjentów na pseudoporażenie alkoholowe. Prawie 10% psychoz alkoholowych było powikłane przez porażenie postępujące. Rezultaty leczenia psychoz alkoholowych w Dziekance są zadowalające. Autorzy rozróżniają alkoholizm chroniczny u psychopatów i niepsychopatów. Liczba chorych, którzy opuścili zakład w stanie wyleczenia lub poprawy, wynosi u psychopatów 50%, u niepsychopatów 63,2%.

W przypadkach ostrych psychoz alkoholowych 74,6% pacjentów opuściło zakład w stanie wyleczenia lub poprawy.

Zdaniem autorów zakład psychjatryczny nadaje się tylko dla leczenia psychoz alkoholowych, natomiast nie nadaje się dla leczenia chronicznych alkoholików. Dla tych ostatnich — podobnie jak i dla psychopatów — powinny być budowane specjalne zakłady, gdzieby pacjenci przebywali przez dłuższy czas, zajmując się pracą, zwłaszcza w gospodarstwie rolnem, w ogrodzie, gospodarstwie leśnem i t. d. Autorzy uważają prohibicję jako wielki krok naprzód w zwalczaniu alkoholizmu, oraz jako uniwersalny środek w tym celu.

12) Podwiński J. (Wilno)

DZIESIĘĆ LAT DZIAŁALNOŚCI ODDZIAŁU PSYCHJATRYCZNEGO SZPITALA ŚW. JAKÓBA W WILNIE (OD DNIA 1. I. 1919 DO 1. I. 1929).

(referat odczytany)

Steszczenie.

Praca składa się z dwu części. W pierwszej historycznej autor podaje źródłowy zarys dziejów szpitalnictwa psychja-

trycznego w Wilnie od połowy siedemnastego do początku dwudziestego stulecia. W części drugiej autor jako kierownik oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie daje szczegółowe sprawozdanie z działalności samego szpitala, który obliczony na sto łóżek od roku 1918 był jedynym szpitalem psychjatrycznym na kresach północno-wschodnich R. P. Dziesięcioletnią czynność szpitalną autor dzieli na cztery okresy:

Pierwszy od stycznia 1919 r. do maja 1922 r. (okres okupacji wojennych, przemarszów wojsk, głodu i epidemji).

Okres drugi, od maja 1925 r. do stycznia 1927 r., wiąże się z nieznacznem złagodzeniem tego stanu przepełnienia szpitala na skutek ponownego otwarcia po dłuższej przerwie oddziału psychjatrycznego dla kobiet na 50 łóżek przy Szpitalu Żydowskim.

W okresie trzecim, od stycznia 1927 r. do stycznia 1928 r., powstaje nowa placówka psychjatryczna: Szpital Państwowy Psychjatryczny łącznie z Kliniką psychjatryczną U. S. B. na 120 łóżek.

Wreszcie w okresie czwartym, od stycznia 1928 r. do stycznia 1929 r., następuje powolna, ale systematyczna likwidacja oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba. Oddział ten, istniejący od 1805 r. i posiadający chlubną tradycję w dziele okazywania pomocy psychjatrycznej miejscowej ludności, zostaje powoli likwidowany przez obecny Magistrat.

---

13) Podwiński J. (Wilno)

GENEZA WYKROCZEŃ PRZECIWKO ETYCE LEKARSKIEJ DOBY OBECNEJ (SZKIC PSYCHOLOGICZNY).

Streszczenie.

Autor na wstępie podaje ogólne uwagi, dotyczące etyki lekarskiej czasów przedwojennych, kiedy rzekome wykroczenia przeciwko etyce miały na celu w większości wypadków dobro chorego. Przytacza wielkie hasła etyczne luminarzy świata lekarskiego oraz wielkie myśli lekarzy społeczników, którzy dosadnie charakteryzują stosunek lekarza do tych wysokich zadań, jakie wkłada na niego zawód.

Autor wspomina o lekarzach przedwojennych, którzy wychowywali się w jednakowych warunkach politycznych, ekonomicznych i etycznych, nie różnili się między sobą w sposobie

rozumowania, obce im było mędrkowanie i naleciałości etyki zaborców, nie widzeli też i nie szukali wrogów wśród współkolegów. Dzięki współczesnym ciężkim warunkom pracy w zbiedzonej przez wojnę i dzwigającej się z gruzów niepodległej Ojczyźnie, stan lekarski na równi z wszystkimi pracującymi ludźmi przeżywa ciężki kryzys materjalny, szczególnie pogłębiany z powodu nadmiernej liczby lekarzy, zwłaszcza w miastach uniwersyteckich, braku organizacji lekarskich apolitycznych i mnożenia się przeróżnych instytucji ubezpieczeń społecznych, jak Kas Chorych, pomocy dla urzędników państwowych etc., na wzór państw zachodnio-europejskich o nierównie bogatszej kulturze i cywilizacji. Wobec powyższego, typ lekarza niezależnego, praktyka i społecznika w dobie obecnej stopniowo zanika i jest coraz rzadszym, natomiast jego miejsce zajmuje typ inny lekarza, zależnego od stałych poborów miesięcznych. Pobory te najczęściej zaledwie wystarczają na najskromniejsze utrzymanie nawet małej rodziny. Korzystając z wszechwładnej protekcji, niektórzy z lekarzy zdobywają naraz kilka dobrze płatnych posad: administracyjnych, fachowych lekarskich i naukowych, z krzywdą dla innych kolegów niekiedy wyżej stojących pod względem kwalifikacji od wymienionych. Istotne zło autor dostrzega w rozpolitykowaniu społeczeństwa powojennego. Podział na masę odcieni politycznych społeczeństwa wpłynął na zmniejszenie się solidarności lekarskiej. Zaczęto już oddawna zakładać organizacje lekarskie o zabarwieniu politycznem. Wpływy i postulaty jednej organizacji lekarskiej zaczęli zwalczać członkowie innych ugrupowań. Tych organizacji jest za dużo i rady związków lekarskich zawodowych rozminęły się ze swemi zadaniami i powołaniem, i ostatecznie przekształciły się w niektórych ośrodkach w organizacje polityczne poszczególnych klik lekarskich, utworzonych w celach osiągania większego zysku materjalnego drogą wzajemnego popierania się w życiu praktycznem i przy obsadzaniu wolnych stanowisk lekarskich. Dla ułatwienia sobie tego zadania członkowie tych klik (często o wątpliwych kwalifikacjach etycznych) obsadzają zarządy organizacji lekarskich swoimi ludźmi, których naczelnem zadaniem nie jest dobro ogółu członków zrzeszonych w danej organizacji, a jedynie tylko czuwanie nad tem, aby wolne placówki lekarskie były zajmowane przez tych swoich ludzi, a nawet, gdy wolnych placówek chwilowo braknie, rugowanie nienależących do kliki członków z ich posad „per fas et nefas", celem uzyskania wolnych stanowisk do swojej dyspozycji. Podobna de-

prawacja etyczna członków owych klik lekarskich na dobro stanowi lekarskiemu nie poszła. Co więcej, zagraża samemu istnieniu tych organizacji. Smutna ewolucja Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie, odgrywającego niegdyś tak poważną rolę w naszem społeczeństwie i w świecie lekarskim naszego miasta, jest aż nadto dosadnym tego przykładem. Autorytet lekarzy upadł i z głosem świata lekarskiego przestano się liczyć. Z innych przykładów wzajemnego zwalczania się w celach konkurencyjnych, które prowadzi lekarzy do nowoczesnego kanibalizmu, autor wymienia instytucję Kasy Chorych m. Wilna. Instytucja ta stała się raczej instytucją nawskroś polityczną, aniżeli leczniczą i miała być źródłem utrzymania materjalnego dla owych klik lekarskich, ściśle współpracujących dla skuteczniejszego osiągnięcia tego celu, z partyjno-politycznemi zarządami Kas Chorych. W końcu autor przytacza kilka przykładów z życia swych kolegów lekarzy jako ofiar zaniku etyki lekarskiej w dobie obecnej (dyrektorów zakładów psychjatrycznych, naczelnych lekarzy urzędów państwowych i samorządowych, profesorów i pomocniczych sił naukowych Uniwersytetów i t. d.) i podkreśla potrzebę gruntownej sanacji w świecie lekarskim. Objawy podobnych wykroczeń przeciwko etyce lekarskiej mnożą się w sposób zastraszający i napawają obawą o przyszłość Kraju, a szczególnie niektórych dzielnic Polski.

---

14) Podwiński J. (Wilno)

UZASADNIENIE POTRZEBY EKSPERTYZY PSYCHJATRYCZNEJ W SĄDACH.

(referat odczytany)

Streszczenie.

Autor na podstawie dziesięcioletniego doświadczenia własnego sądowo-psychjatrycznego, obejmującego kilkaset więźniów śledczych i zasądzonych na różne kary więzienne, dochodzi do wniosku, że conajmniej 50% wszystkich więźniów stanowi element dotknięty zwyrodnieniem psychopatycznem, utajonemi brakami umysłu o różnych odcieniach i postaciach, cierpieniami psychicznemi, którym towarzyszą okresowe zjawiska automatyzmu psychicznego, i wreszcie psychozami rozszczepieniowemi w okresie początkowym. Autor podkreśla przypadki, często napotykane w praktyce sądowo-psychjatrycznej, kiedy więźniowie w czasokresie aresztu prewencyjnego, dochodzenia,

śledztwa, przewodu sądowego i odbywania zasądzonej kary, zdradzali objawy rzekomej symulacji choroby umysłowej, która po pewnym czasie przyjmowała wyraźne kształty rozstroju psychicznego lub niedorozwoju umysłowego, dostrzegane nawet przez laików. Wypowiadając swe uwagi w sprawie pewnych wad naszego nowego kodeksu karnego, autor, dla utrzymania powagi sądownictwa polskiego, uważa za konieczne — przy opracowaniu nowych ustaw tego kodeksu — wzięcie pod uwagę podanych niżej wniosków autora. Nowa ustawa postępowania karnego niemal cały ciężar prowadzenia dochodzeń wstępnych przenosi na prokuraturę i urzędy policji, podczas gdy okręgowi sędziowie śledczy będą brali udział tylko w sprawach szczególnej wagi. Ponieważ podstawę aktu oskarżenia stanowi prawie zawsze dochodzenie pierwiastkowe, będą i nadal się zdarzały, jak dotąd, wysoce niepożądane wypadki błędów w sporządzanych podług szablonu protokułach wstępnego śledztwa.

Wnioski autora:

1) W przypadkach karnych, przed nadaniem sprawie właściwego biegu, urzędy prokuratorskie i policyjne winne korzystać z pomocy psychjatrycznej dla ustalenia sylwetki psychjatrycznej domniemanego przestępcy.
2) W pewnych odstępach czasu (co 3-4 miesięcy) winny być przeprowadzone w więzieniach badania psychjatryczne lekarskie wszystkich więźniów śledczych i skazanych sądownie.
3) W razie ustalenia obecności psychicznie chorych w więzieniu, obowiązkiem władz prokuratorskich jest wyeliminowanie takich chorych do specjalnych zakładów przy państwowych szpitalach psychjatrycznych.
4) Lekarze więzienni winni być rekrutowani z zespołu lekarzy psychjatrów, a przy ogólnych szpitalach więziennych winien być ustalony etat lekarza-psychjatry więziennego.

Dzięki wprowadzeniu w życie powyższych wniosków, więzienia staną się prawdziwem uzdrowiskiem dla spaczonej duszy przestępcy kryminalnego, a do tego ma przecież dążyć prawodawstwo.

---

15) Łapiński T. (Warszawa)

PRZYCZYNEK DO DZIAŁALNOŚCI SEKCJI OPIEKI POZAKŁADOWEJ WARSZAWSKIEGO TOW. OPIEKI NAD PSYCHICZNIE CHORYMI.

(Oryginał wydrukowany w Nowinach Psychjatrycznych 1930, I-II).

Dyskusja.

1) Stryjeński (Kobierzyn)

odpowiada Łapińskiemu, że opieka pozazakładowa nie może się obyć bez szerszej pomocy społeczeństwa. Wobec tego należy dążyć wzorem Krakowa i Warszawy do tworzenia towarzystw opieki nad psychicznie chorymi. Wobec tego, że nasze zakłady mają duży zasięg terytorjalny, trudno jest oprzeć opiekę pozazakładową tylko na zakładach psychjatrycznych. Referent dodaje, że Towarzystwo Opieki nad psychicznie chorymi w Krakowie otworzy wkrótce poradnię. Zwraca uwagę na opiekę społeczną.

2) Fuhrman odpowiada Styjeńskiemu,

iż Falthauser w Erlangen nie zaleca korzystania z towarzystw opieki nad psychicznie chorymi, lecz opiera swą organizację opieki pozazakładowej na osobach zaufanych, przeważnie proboszczach i nauczycielach. Ośrodkiem opieki pozazakładowej musi być zakład psychjatryczny.

3) Stryjeński podtrzymuje swe zdanie, że nie można się w naszych warunkach obyć bez towarzystwa opieki nad psychicznie chorymi.

4) dyr. Łapiński (zakończenie) podtrzymuje swe wnioski.

5) Mazurkiewicz uważa badania nad zawartością żelaza w tkance mózgowej za jedną z niewielu metod histologicznych rokujących nadzieję rzucenia światła na czynności tej tkanki i dlatego niezmiernie ważnych. Prosi prelegenta o wyjaśnienie, jak się przedstawiają jego wyniki, dotyczące zawartości żelaza w korze mózgowej umysłowo chorych, jeśli je wziąć porównawczo z wynikami analogicznych badań w korze mózgowej i węzłach podkorowych ludzi, którzy nie wykazali cierpienia psychicznego.

6) E. Minkowski uważa temat poruszony przez Chłopickiego jako bardzo interesujący, ponieważ nagminne śpiączkowe zapalenie mózgu przyczyniło się już do pogłębienia wielu problematów psychopatologicznych. Zadaje sobie jednak pytanie, czy pomimo dużego nieraz podobieństwa pomiędzy objawami encephalitis lethargica a obrazami psychjatrycznemi znanemi skądinąd, nie należy raczej doszukiwać się różnic, jakie tu istnieć mogą; z opisów Chłopickiego wyłania się pytanie, czy w jego przypadkach czynnik trwogi wewnę-

trznej i walki przeciwko natręctwu był równie silnie zarysowany jak u zwykłych psychasteników, i czy nie chodzi raczej o zjawisko, które francuzi opisują pod nazwą „mentisme", a które nieraz u depresyjnych chorych spotykamy. Co się tyczy podłoża konstytucjonalnego, to może jednak niektóre z podanych cech dałyby się podporządkować pod konstytucję emocjonalną (constitution émotive Dupré i jego szkoły); toby ewentualnie mogło przyczynić się do wytłomaczenia prawdziwych natręctw po nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu. Mówiąc o związku motoryki z psychiką wspomniał Chłopicki pracę Meyer Grossa i Büyrera; w piśmiennictwie francuskiem przyczynił się bardzo do wyświetlenia tej kwestji Mignard.

Pod tym względem przypadki przytoczone przez Chłopickiego uważa mówca za bardzo pouczające, gdyż te zaburzenia motoryki i zaburzenia psychiczne występują w ścisłym związku ze sobą.

W referacie Frąckowiaka istnieje podług mówcy niedokładność, gdyż pierwsze prace o charakterze epileptoidalnym zostały ogłoszone przez F. Minkowską; prace te często są pomijane w piśmiennictwie niemieckiem; mówcy byłoby przykro, gdyby to samo miało mieć miejsce w piśmiennictwie polskiem.

Paszkowski zwrócił uwagę na pewną cechę w zachowaniu się osób z psychozą manjakalno - depresyjną. Jednakże prawość charakteru spotyka się również u schizoidów i gliskroidów; należy więc zwrócić uwagę na specjalne zaburzenia tej prawości. U schizoidów często idzie w parze z bardzo surowym i bezwzględnym dogmatyzmem moralnym, gdy przeciwnie u syntoników ma coś miękkiego, ciepłego, bardziej „ludzkiego" w sobie.

Problemat projekcji, o którym mówił Bychowski, jest jednym z centralnych problematów psychopatologji współczesnej. Problemat ten, jak zresztą wszystkie problematy psychopatologiczne, conajmniej pod dwiema różnemi postaciami należy ujmować. Bychowski przedstawił afektywną jego stronę i pokazał, dzięki jakim bodźcom w pewnych warunkach zdradza się tendencja do projekcji; mamy tu do czynienia z mechanizmem częstym i w psychice normalnej. Zawodzi on zdaniem Minkowskiego tam, gdzie występują urojenia i gdzie już nie są tendencje do projekcji, lecz twierdzenia absolutne, że takowa ma miejsce; przejście od życzenia do twierdzenia urojeniowego wydaje się tak wielkiem, iż teorje afektywne tutaj podług niego stają się niewystarczającemi. Tutaj raczej prowadzą dalej koncepcje strukturalne, które przedewszystkiem starają się określić na czem polega zasadnicza zmiana, która zacho-

dzi pod wpływem psychozy w psychice ludzkiej, z której urojenia są tylko jednym z wyrazów.

Minkowski zgadza się w zupełności z Łapińskim, jeżeli, gdy mówi o opiece pozazakładowej nad psychicznie chorymi, kładzie szczególny nacisk na stworzenie dla nich odpowiednich warunków pracy. Mówca, pracując sam w poliklinice przy szpitalu psychjatrycznym stworzonym w Paryżu przez D-ra Toulouse'a, widzi często, jaką kolosalną lukę stanowi pod tym względem brak czy to odpowiednich warunków czy to innych urządzeń, gdzieby można było zatrudnić chorych, którzy właściwie nie nadają się do zakładu zamkniętego, a którzy z drugiej strony nie są w stanie przystosować się do zwykłych warunków pracy; chorzy tacy są nieraz skazani na zupełną bezczynność, co często ma zgubny wpływ na ich stan.

Podwiński skreślił historyczny rozwój szpitalnictwa psychjatrycznego w Wilnie; pozwala to zakończyć posiedzenie z nadzieją, że szpitalnictwo psychjatryczne w Wileńszczyźnie pokona wszystkie napotykane obecnie trudności i będzie mogło się rozwinąć tak, jak tego wymaga opieka nad chorymi.

Potem zebranie uchwaliło następujące

Wnioski:

1) wniosek Łuniewskiego (pro foro interno):

Sekcja Psychjatryczna XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich wita z radością fakt powołania do życia Polskiego Instytutu Badań Mózgu.

Widząc w tym Instytucie zaczątek centrali dla badań architektonicznych, anatomiczno-patologicznych i eksperymentalnych tudzież szkołę dla przyszłych kierowników pracowni w zakładach dla umysłowo chorych, Sekcja wyraża przekonanie, że wszystkie zakłady psychjatryczne na Ziemiach Rzeczypospolitej Polskiej winny go finansowo poprzeć.

2) IX. Zjazd Psychjatrów Polskich uchwala pro foro interno:

1. Zjazd zwraca się do Zarządu Głównego o podjęcie kroków w celu zapewnienia głosowi psychjatrów należytego uwzględnienia w pracach Komisji Kodyfikacyjnej przy układaniu przepisów prawa dotyczących psychicznie chorych.

2. W razie nastręczonych wątpliwości co do potrzeby wprowadzenia do polskiego Kodeksu Karnego poczytalności zmniejszo-

nej, Zarząd Główny podda sprawę omówieniu w oddziałach Towarzystwa i w zależności od wyniku obrad poweźmie uchwałę, którą przedstawi Komisji Kodyfikacyjnej.

3) Wniosek Radziwiłłowicza (Wilno)
pro foro externo (na plenum Zjazdu):

Sekcja Psychjatryczna Zjazdu zgłasza na plenum Zjazdu projekt następującej uchwały.

Zjazd raczy uchwalić:

Stwierdzając, iż zaledwie trzecia część chorych psychicznie potrzebujących opieki zakładowej, znajduje miejsce w istniejących zakładach psychjatrycznych. Zjazd zwraca się z gorącym apelem do Rządu o możliwie najbardziej wydatne poparcie sprawy budowy nowych zakładów, a przedewszystkiem tych, których budowa jest już rozpoczęta, oraz większego szpitala dla potrzeb Wileńszczyzny, który zastąpiłby szpital w Nowo-Wilejce na 1000 chorych, przekazany na potrzeby wojska. Wreszcie także szpitala dla stołecznego miasta Warszawy, w którym opieka szpitalna nad psychicznie chorymi stoi wskutek przepełnienia na najniższym poziomie.

Zakończenie: Uchwalono, że następny, t. j. X. Zjazd Psychjatrów Polskich, odbędzie się na Zielone Świątki 1930 r. w Kochanówce, z głównym tematem: alkoholizm.

X. Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego na IX. Zjeździe P. Tow. Psych. jako sekcji psychjatrycznej XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie d. 28. IX. 29.

Protokół

złożony przez sekr. DR. STARZYŃSKIEGO.

Obecnych 43 członków.

W. — Prezes Tow. Łuniewski otwiera zebranie, witając zebranych; także wypowiada krótkie wspomnienie pośmiertne o 5 zmarłych w roku sprawozdawczym członkach Towarzystwa: *J. Morawskim*, *A. Wizlu*, *Wł. Jareckim*, *T. Gepnerze* i *J. Jarkowskim* i prosi o uczczenie pamięci zmarłych przez powstanie; dziękuje prof. *Radziwiłłowiczowi* jako organizatorowi tegorocznego Zjazdu.

Prof. Radziwiłłowicz odczytuje wnioski Zjazdu, które przyjęto przez aklamację.

1. Na przewodniczącego Zebrania wybrano przez aklamację *Cyrana*, na sekretarza *Stryjeńskiego*.
2. Sprawozdanie z działalności Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego za rok 1928/9.
   a) *Handelsman:* sprawozdanie Sekretarza Zarządu Głównego. Przez aklamację Walne Zebranie wyraża podziękowanie Łapińskiemu za 8-letnią pracę w Zarządzie.
   b) *Handelsman:* sprawozdanie wydawcy „Rocznika Psychjatrycznego (sprawozdanie załączone do protokułu). Przez aklamację Zebranie wyraża podziękowanie *Dr. Piestrzyńskiemu i D-rowi Przywieczerskiemu* za popieranie „Rocznika Psychjatrycznego".
   c) *Wilczkowski:* sprawozdanie Skarbnika Towarzystwa (załączone do protokułu).
   d) *Łuniewski:* 1) sprawozdanie z działalności Komisji do opracowania sprawozdań szpitalnych. Komisja opracowała wzór sprawozdań, ogłosiła je w „Roczniku Psychjatrycznym"; wzór sprawozdań został przyjęty przez Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i już w rb. nadesłały wszystkie zakłady psychjatryczne swoje sprawozdania do Ministerstwa według tego jednolitego wzoru. Przedstawia w krótkości opracowane wyniki sprawozdań; szczegółowe wyniki sprawozdań będą osobno opracowane.

   2) sprawozdanie z działalności Komisji kształcenia personelu pielęgniarskiego. Komisja zebrała się tylko raz jeden. Dep. Zdrowia Min. Spr. Wewn. organizuje w roku bieżącym po raz pierwszy 6-tygodniowy kurs szkolenia pielęgniarzy, który ma się odbyć na jesieni, słuchacze dostają całkowitą naukę oraz mieszkanie i życie bezpłatne w czasie kursu. *Ł.* uskarża się, że zakłady psychjatryczne z b. zaboru pruskiego zajęły negatywny stosunek do tych kursów i nie delegowały swoich pielęgniarzy na kursa. Komisja ta nie skończyła swoich prac i *Ł.* proponuje, żeby Komisja w roku bieżącym nadal je prowadziła.
   e) *Deresz:* Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej (sprawozdanie załączone do protokułu).
3. Dyskusja nad sprawozdaniami;

   Wilczek prostuje, że nie dyrektorzy zakładów b. zaboru pruskiego byli przeciwni kursom pielęgniarskim, lecz władze nadzorcze sprzeciwiły się ze względów finansowych. *Cyran* wyjaśnia, że sądził, iż kursa lokalne jako trwające 6 miesięcy

są wystarczające. *Łuniewski* przypomina, że lokalne kursa aczkolwiek trwają dłużej, ale przeprowadzone są w czasie funkcjonowania pielęgniarzy na służbie, 6-tygodniowy zaś okres kursów całkowicie będzie poświęcony nauczaniu.

Prof. Mazurkiewicz omawia sprawę zaległości składek i stawia wniosek, by Zarząd Główny mógł zwalniać w pewnych wypadkach szereg młodszych niezamożnych członków od płacenia składek. *Cyran* zapytuje Zarząd, czy uprzedza się członków o wpłacenie składek. *Handelsman* stwierdza, że przypomina się członkom o obowiązku płacenia składek. *Deresz* popiera wniosek Zarządu, by powiększyć skład Zarządu do 7 członków i żeby tylko część członków Zarządu co roku ustępowała.

Fuhrman proponuje, by Komisja do szkolenia pielęgniarzy została w permanencji. *Łuniewski* proponuje, by Komisja szkolenia pielęgniarzy pozostała i żeby była uzupełniona.

Walne zebranie uchwaliło skład tej Komisji pozostawić i uzupełnić przez wybór *Gawrońskiego*.

Prof. *Radziwiłłowicz* dziękuje ustępującemu Zarządowi za owocną pracę (przyjęto przez aklamację). W sprawie wniosków Komisji Rewizyjnej przemawiają *Wilczkowski*, *Deresz*, *Radziwiłłowicz*, *Handelsman;* z dyskusji wynika, że Zarząd sprzeciwia się wprowadzeniu systemu amerykańskiego prowadzenia ksiąg Towarzystwa, motywując dostateczną przejrzystość dotychczasowego prowadzenia książek, co Walne Zebranie akceptuje.

Handelsman w sprawie niepłacenia składek przez niektórych członków popiera wniosek *prof. Mazurkiewicza*.

Walne Zebranie nchwala: Upoważnia się Zarząd Główny do robienia ulg w pewnych wypadkach przy niemożności płacenia składek przez niektórych członków, a wrazie nieumotywowanego odmawiania płacenia składek wprowadzić odpowiednie rygory.

4. Ustalenie miejsca i tematów przyszłego Zjazdu:

a) *Starzyński* (z Kochanówki) i *Szymański* (z Warty) zapraszają Towarzystwo na przyszłoroczny Zjazd do Łodzi (z Kochanówką i Wartą).

b) Po dłuższej dyskusji *(Radziwiłłowicz, Starzyński, Łuniewski, Handelsman, Deresz, Gawroński, Mazurkiewicz, Bornsztajn)* Walne Zebranie uchwaliło, by na przyszłoroczny Zjazd jako

temat główny naukowy i społeczny omawiany był jedynie *alkoholizm* (trzeci dzień Zjazdu przeznaczony na odczyty luźne), a na Zjazd 1931 jako temat główny przyjęto *kiłę w etjologji zaburzeń psychicznych*. *Gawroński* prosi o pomieszczenie na Zjeździe sprawy alkoholizmu u dzieci.

5. Wolne wnioski:
Gawroński wyjaśnia, że „Nowiny Psychjatryczne" zamierzają wydać jako dodatek „Psychohigjenę", i prosi członków Towarzystwa o poparcie.

6. Wybory 7 członków Zarządu, 3 członków Komisji Rewizyjnej, Redaktora i wydawcy „Rocznika Psychjatrycznego".
Walne Zebranie wybiera dotychczasowy Zarząd (*Chodźko, Łuniewski, Handelsman)* przez aklamację; również przez aklamację zatwierdza wybór *Wilczkowskiego* na skarbnika Towarzystwa. W myśl statutu Towarzystwa w celu uzupełnienia Zarządu Walne Zebranie, po pewnej dyskusji, wybiera do Zarządu *prof. Mazurkiewicza*, *Piotrowskiego*, *Stryjeńskiego*.
Do Komisji Rewizyjnej zostają wybrani przez aklamację ci sami: *Deresz*, *Bednarz*, *Wichert*. *Deresz* nie zgadza się na swój wybór. Wobec tego na trzeciego członka Komisji Rewizyjnej zostaje wybrany *Fuhrman*.
Na Redaktora i Wydawcę „Rocznika" zostają ponownie wybrani *Nelken i Handelsman*.
Na tem Zebranie zakończono.
Przewodniczący (—) C y r a n

Sekretarz (—) S t r y j e ń s k i.

Tymczasowy Program **X Zjazdu Psychjatrów Polskich w Łodzi** (z Kochanówką i Wartą)

na Zielone Świątki 1930 r., dn. 7. 8. i 9. czerwca.

I. Komunikat.

Temat główny: **ALKOHOLIZM.**

I. dzień 7. VI. w Łodzi.

Prof. J. Mazurkiewicz (Warszawa): — Wspomnienie o ś. p. Radziwiłłowiczu.

1. **Prof S. Borowiecki** (Poznań): — Dziedziczenie u alkoholików.

2. **Doc. M. Zieliński** (Kraków): — Konstytucja i alkoholizm.
3. **F. Wichert** (Warszawa): — Histopatologja układu nerwowego ośrodkowego w alkoholiźmie.
4. **Doc. M. Rose** (Warszawa): — Zmiany architektoniczne mózgu w alkoholiźmie.
5. **Prof. Modrakowski** (Warszawa): Farmakologiczne i toksykologiczne działanie alkoholu.
6. **Sew. Sterling** (Łódź): — Alkoholizm z punktu widzenia patologji ogólnej.
7. **Prof. J. Piltz** (Kraków): — Alkohol w patologji chorób psychicznych.

II. dzień 8. VI. w Kochanówce.

Przed poł:

1. **Al. Piotrowski** (Dziekanka): — Leczenie zakładowe alkoholików.
2. **S. Deresz** (Tworki): — Leczenie pozazakładowe alkoholików.
3. **Prof. W. Grzywo-Dąbrowski** (Warszawa): — Kryminologja alkoholików.
4. **Płk. J. Nelken** (Warszawa): — Sądowo-psychjatryczne znaczenie alkoholizmu.
5. **S. Skalski** (Łódź): — Temat społeczny (zastrzeżony).

Po poł:

Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

III. dzień w Warcie.

Luźne odczyty.

UWAGI: 1) Uprasza się o nadesłanie tytułów luźnych odczytów pod adresem Sekretarza Zarządu Głównego Pol. Tow. Psychjatrycznego (**J. Handelsman, Pruszków Szpital Tworki**) możliwie wcześnie w celu ułożenia ostatecznego programu Zjazdu.

2) W sprawach organizacyjnych Zjazdu uprasza się o skomunikowanie z miejscowym Komitetem: **Dyr. Starzyński, Kochanówka pod Łodzią.**

Streszczenia i Oceny.

Dr. A. Répond (*Malévoz*): **La suggestion collective et l'établissement d'aliénés.** Schweizerische Med. Wochenschrift 1927, nr. 14 **(Sugestja zbiorowa a zakład psychjatryczny).**

Badając przyczyny przesądów społeczeństwa wobec zakładów psychjatrycznych, autor na wstępie swego referatu piętnuje prasę brukową, kino oraz piśmiennictwo, goniące za sensacją.

Pierwsze miejsce wśród szkodliwych dla reputacji zakładu psychjatrycznego czynników zajmują skargi niezadowolonych pacjentów i ich rodzin, które zawsze i wszędzie prawie znajdują posłuch.

Nieufność i podejrzliwość w stosunku do zakładów spotykamy we wszystkich warstwach społeczeństwa, nie wyłączając nawet reprezentantów administracji i ustawodawstwa. Nie jest chyba tajemnicą, że stosunek władz do zakładów cechuje prawie wyłącznie skąpstwo, posunięte do ostatecznych granic.

Naogół chory już w chwili przyjęcia jest nastawiony wrogo do psychjatry, tembardziej, że wstępuje do zakładu wbrew swej woli.

Niezawsze jednak psychjatra jest bez winy, a ściśle mówiąc, nie jest tu bez winy zakład (w swej teraźniejszej postaci) oraz władze, którym on podlega. Wysiłki lecznicze utrudnia, a nawet paraliżuje m. in.: ponury wygląd zewnętrzny zakładu, przypominający koszary a nawet więzienie, brak komfortu i wygód, przepełnienie, powodujące kłótnie, zatargi i hałaśliwe wybuchy niezadowolenia u chorych; dalej, skomplikowany i nieudolny aparat hierachiczny, długi łańcuch instancji kontrolujących, paralelizm (a nawat antagonizm) między kierownikiem administracji a naczelnym lekarzem. Pozatem, zakłady mieszczą nadmierną ilość chorych, co zmusza do przestrzegania surowej dyscypliny, zabijającej u urzędnika inicjatywę, a wywołującej u chorego wrażenie pobytu w więzieniu lub koszarach.

Niewątpliwie i w zakładzie, jak w każdem innem środowisku społecznem, życzenia jednostki winny ustąpić przed dobrem ogółu. Niemniej jednak mają słuszność chorzy, gdy twierdzą, że ogranicza

się ich swobodę ponad miarę tego, czego wymaga ich stan psychotyczny.

Surowej krytyce poddaje autor biurokratyczny, chłodny, sztywny, odstręczający wprost sposób traktowania chorego, a zwłaszcza jego rodziny, w chwili przyjęcia go do zakładu. Urzędnik, który winien zająć wobec rodziny chorego stanowisko przyjazne i życzliwe, budzić ufność i otuchę i służyć radą i pomocą, niestosownem zachowaniem swem często zraża rodzinę chorego i odpycha, wyrządzając tem samem niepowetowaną krzywdę nietylko choremu, lecz i reputacji zakładu.

Chwila przyjmowania chorego jest pierwszą i najważniejszą próbą nawiązania kontaktu wewnętrznego między chorym i jego rodziną a środowiskiem, w którem mu się leczyć przyjdzie To też niekorzystne wrażenie z zakładu może wpłynąć fatalnie na dalsze zachowanie się pacjenta. Nie zawsze udaje się później psychjatrze odrobić to, co zepsuł urzędnik przyjmujący chorego do zakładu.

W każdym szpitalu i w każdej jego części — jak wogóle w każdem zbiorowisku ludzkiem —spostrzegamy pewnego rodzaju „spiritus loci“ (Bleuler), pewien zbiorowy nastrój wśród chorych, tj. stan sugestji zbiorowej, której przejawy często są szkodiiwe. Niema chyba psychjatry, któryby nie doświadczył, że na niektórych oddziałach szpitala chorzy są szczególnie wrogo nastawieni do lekarzy i pielęgniarzy, że panuje tam pewien stan napięcia, który każdej chwili może się ujawnić w postaci zdecydowanej opozycji wobec zakładu. Opozycja ta może doprowadzić nawet do otwartego i zorganizowanego buntu.

Prowodyrami opozycji są przeważnie psychopaci kryminalni, alkoholicy, manjacy, niektórzy porażeńcy, paranoicy i kwerulańci. Walczyć z nimi trudno, tembardziej, że giną oni wśród masy schizofreników, co komplikuje sprawę. Pamiętać należy o tem, że obojętność schizofrenika wobec otoczenia jest tylko pozorna; schizofrenik jest wrażliwy na sugestję pośrednią, a negatywizm jego stanowi tarczę, za którą chory ukrywa swoją sugestywność.

Autor twierdzi, że negatywizm schizofrenika spowodowany i podsycany jest wrogiem nastawieniem chorego wobec narzuconego mu i nieodpowiadającego jego upodobaniom środowiska zakładowego. Nastawienie to przejawia się w sposób dwojaki: pierwszy — „normalny“ i bezpośredni (skargi itp.), drugi zaś — to ucieczka

w autyzm. Trudno oczywiście przeczyć, że dzisiejsze warunki zewnętrzne i wewnętrzne życia zakładowego nie mogą rozbudzić u schizofrenika zamiłowania do rzeczywistości. Nic dziwnego więc, że woli on pogrążyć się w swych urojeniach i marzeniach, które subjektywnie dają mu więcej niż przykra rzeczywistość, i woli zamknąć treść swego życia w symbolach, które mu zasłaniają i zastępują istotę rzeczy. Zdaniem autora, autyści zakładowi — to przeważnie wytwory sztuczne; przejawy katatonji są tu wtórne, są reakcją chorego i sztucznym wytworem środowiska.

W konkluzji autor żąda, by psychjatra nie ukrywał się w swych murach, lecz zawarł kontakt z opinją publiczną i zwalczał przesądy i uprzedzenia, gdzie trzeba, — i urabiał opinję w kierunku pojmowania i zrozumienia spraw psychjatrycznych. Psychjatra dopnie celu, jeżeli podejmie walkę z przesądami i uprzedzeniem z tą siłą, którą wykazał w walce z alkoholizmem. Zakład winien być „popularnym"; stanie się to wtedy, gdy będzie przeistoczony w szpital psychjatryczny. AL. PIOTROWSKI.

Dr. W. Chodźko: La paralysie générale dans les asiles polonais (1910-1927)
Paris. Office International D'Hygiène Publique, Bulletin Mensuel, Tome XX., 1929, 11
(Porażenie postępujące w zakładach psychjatrycznych polskich.)

Autor, na podstawie danych statystycznych, zebranych z zakładów psychjatrycznych: Kochanówka, Kulparków, Kobierzyn, Dziekanka, obejmujących okres czasu od r. 1910 do r. 1927, stwierdza, że w Polsce w okresie terapji salwarsanowej ilość paralityków nie zmniejszyła się ani zwiększyła, że leczenie prewentywne syfilityków salwarsanem nie ma na frekwencję porażenia postępującego znacznego wpływu. Dane te nie potwierdzają ani optymizmu Kolle'go i Robertsona, ani pesymizmu Oppenheima. AL. PIOTROWSKI.

G. J. Trochine: La démence. A. Introduction. Théories générales de la démence. 1. La Structure de la psychique normale. 2. Les degrés de la démence. 3. Les variétés cliniques de la démence. (Annales médico-psychologiques 1928 Avril Nr. 4, Mai nr. 5.)

(G. J. Trochine: Demencja. A. Wstęp. Teorje ogólne, dotyczące demencji. 1. Struktura psychiki normalnej. 2. Stopnie demencji .3 .Odmiany kliniczne demencji).

Wstęp: Teorje ogólne, dotyczące demencji.

Więcej jak połowa chorób kończy się ruiną psychiczną. W szpitalach psychjatrycznych dosięga liczba dementywnych 80%,

każdą bowiem chorobę umysłową zdefinjować można jako zachorzenie mózgu, prowadzące do rozkładu psychiki.

Obok względnie małego zainteresowania dla teoryj ogólnych demencji istnieją dwa zasadnicze poglądy na nią.

Pierwszy zawdzięczamy Esquirolowi: rozpowszechniony jest on też we Francji. E. charakteryzuje demencję jako zwykły upadek (déchéance) stały i chroniczny intelektualnej spontaniczności, występujący po okresie dzieciństwa wśród różnorodnych objawów chorobowych, ale niekoniecznie zawsze zaburzeń umysłowych.

Drugi pogląd reprezentuje Kraepelin, — dominuje on przeto w Niemczech, jest analogiczny z poglądem na charłactwo w chorobach somatycznych i zespala się ściśle z koncepcją chorób umysłowych wogóle.

Podstawą 3-ego poglądu ogólnego na demencję, wyłaniającego się w ostatnich czasach, jest antropologja (patrz pracę Levy—Bruehla „Les fonctions mentales dans les Sociétés inférieures 1910"). Opierając się na powyższej podstawie, Storch i Damarus dostarczają świeżo biologicznej charakterystyki demencji.

Autor obiera tę samą metodę, twierdząc, że psychika ludzka przedstawia się jako produkt rozwoju długiego i skomplikowanego.

Jej korzenie znajdują się w głębiach niedostępnych, mianowicie u przodków zwierzęcych człowieka, u przodków człowieczych od końca epoki trzeciorzędowej do czasów dzisiejszych i dostępne są dla badacza w pozostałościach i fragmentach, jak psychologja człowieka przedhistorycznego, psychologia istniejących dziś narodów o kulturze niższej, psychologja dziecka w myśl prawa ontogienetycznego i filogienetycznego, wreszcie nasza własna psychika w życiu codziennem. — Jeżeli psychologja normalna rozwija się w etapach tak skomplikowanych i długotrwałych, to i jej ruina nie odbywa się w sposób przypadkowy, ale według z góry określonego planu, który można nazwać *prawem rozkładu* (la loi de dissolution). — Prawo to objawia się w psychopatologji jako szereg stopni poszczególnych i ściśle określonych, po których następuje ruina psychiczna. — Stopnie te są znamionami ogólnemi demencji i nie idą w parze ze szczególnemi objawami klinicznemi.

1), *Struktura psychiki normalnej* da się porównać do *architektoniki* skorupy ziemskiej. Jedna i druga składa się z warstw czyli pokładów, które były w odpowiednim okresie ośrodkiem samoistnego bytu, poczem ustępowały miejsca nowym warstwom. Takimi pokładami w centralnym systemie nerwowo—mózgowym by-

ły i są mlecz pacierzowy, mlecz przedłużony, wzgórki czworacze i kora mózgowa. Autor rozróżnia 5 warstw psychicznych: warstwę odruchów i instynktów, warstwę czynności pierwotnych, warstwę naśladowczo-suggestywną (la couche miroitante), warstwę czynności wyższych.

Na warstwę odruchowo - instynktową składają się odruchy i instynkty. Świadomość w instynktach istnieje, nie brak jej też w skomplikowanych odruchach. W refleksach prostych nie masz jej. Psychika reprezentowana jest przez tę warstwę wyłącznie u zwierząt niższych (bezkręgowych) i u człowieka w okresie niemowlęctwa od urodzenia do 4 miesięcy. Jestto psyche w miniaturze, zadowalniająca wszystkie potrzeby życiowe stworzeń na odpowiednim szczeblu filo-i ontogienetycznym, pozbawiona jednak wolności, a więc zależna ściśle od pobudek zewnętrznych, nie posiadająca indywidualnego wyboru oraz przystosowująca się do otoczenia tylko fizjologicznie-nie psychicznie.

Warstwa pierwotna (la couche primitive) rozwija się na podłożu poprzedniej i reprezentuje t. zw. czynności pierwotne, które w sferze intellektualnej ujawniają się w rozpoznawaniu (dziecko po 4 miesiącach życia rozpoznaje matkę, niańkę), w percepcji mnogości (la perception de la pluralité)— zwierzęta rozpoznają zarówno i dziecko w powyższym okresie przedmioty małe i duże — w objawach pierwotnych (prototypach) mowy jak szczekanie psa, gaworzenie dziecka i t. p. Do wzruszeń pierwotnych należą strach, złość, radość, smutek, przywiązanie, zemsta i t. p.

Funkcje pierwotne są czemś swoistem i posiadają trzy charakterystyczne cechy: istnienie u zwierząt i u człowieka na odnośnej drabinie rozwoju, wystąpienie wczesne bezpośrednio po odruchach i instynktach, niezależność od wychowania t. j. nauczania i naśladownictwa. Okres czynności pierwotnych występuje w filogenezie u zwierząt kręgowych, zaś u dziecka-człowieka w wieku od 4 miesięcy do 18 stu. Lokalizacja czynności pierwotnych — to mezencefalon i diencefalon (Doświadczenia Flourensa i Goltza). Zależność ich od pobudek zewnętrznych jest zmniejszona, nie absolutna, jak w warstwie odruchów i instynktów.

Warstwa naśladowczo-suggestywna (couche miroitante). Dwie pierwsze warstwy odziedziczył człowiek po zwierzętach i dzieli je wspólnie z niemi. Niniejsza warstwa rozpoczyna psychikę wyłącznie ludzką, kiedy człowiek-zwierzę jest w stanie odtworzyć obraz pamięciowy doznanego kiedyś wrażenia np. huku spadającej

wody i naśladować go, powtarzając ustami połączone z tem zjawiskiem dzwięki.

Dziecko przeżywa w rozwoju swoim okres, w którym prawdziwa naśladowczość występuje po raz pierwszy i występuje on mniej więcej około 1 1/2 roku życia dziecka, i trwa do 2 1/2 lat, kiedy naśladowczość, jako czynność odwzorowująca, wyobrażeniowa (miroitante), funkcjonuje niezależnie od wpływów zewnętrznych w formie samodzielnego procesu psychicznego. Władze te lokalizują się w półkulach mózgowych. Wspomniana niezależność od warunków zewnętrznych nie jest zupełna, gdyż wszelkie naśladownictwa i suggestja zależy od danego wzoru i od woli osoby trzeciej.

Warstwa mechaniczna jest syntezą czynności mechanicznych — formalnych. Każda czynność przed dojściem do doskonałości przechodzi fazę pośrednią, gdzie panuje mechanizm formalny, gdzie treści istotnej brak jeszcze, natomiast zastępuje ją jałowa abstrakcja. Faza dotyczy także wzruszeń. Ludzie używają wzniosłych słów o prawdzie, sprawiedliwości itp., nie posiadając w duszy odpowiednich wzruszeń realnych. Jestto moralność formalna, mechaniczna. Czcza gadanina jest mową mechaniczną. W dziedzinie woli dobre intencje bez czynu są jej fazą mechaniczną. W psyche dziecka faza mechaniczna dominuje w okresie od 2 1/2 do 7 lat życia.

Warstwa mechaniczna tej warstwy ma swoje siedlisko w półkulach mózgu. Aktywność psychiczna tej warstwy jest zupełna t. j. czynności mechaniczne są zupełnie nie uniezależnione od wpływów zewnętrznych. Jestto wolność psychiczna ale natury formalnej.

Warstwa czynności wyższych ma istną wyższość nad poprzednią. Sądy są w niej pełne treści, koncepcje abstrakcyjne doskonałe, mowa jako usystematyzowanie tych koncepcyj, wzruszenia wyższe, silna wola w najwyższym tego słowa znaczeniu.

Są to właściwości swoiste, występujące tylko u homo sapiens, nieistniejące nigdzie w świecie zwierzęcym, ani w dzieciństwie. Psychika wyższa posiada istotną aktywność i istotną wolność.

W zakończeniu tego przeglądu uwarstwień psychicznych autor podkreśla jego wartość metodyczną, mierzącą zjawiska psychiczne według stopnia ich rozwoju.

2. Stopnie demencji.

Objawy demencji dzielą się na dwie grupy: ogólne i szczególne. Objawy ogólne dostrzegamy we wszystkich przypadkach

demencji bez względu na ich źródło, szczególne zaś zależne są od procesu, stanowiącego podłoże psychopatologiczne danego przypadku.

Autor rozważa w pierwszym rzędzie objawy ogólne demencji i dzieli je na rozkładowe, formalne i kompensacyjne. Objawy rozkładowe zależne są od stopnia ruiny psychicznej; są to znamiona dekonstrukcji i degradacji psychicznej; ich obecność zdradza demencję. Występują one w niektórych przypadkach w odosobnieniu, czasem znów w łączności z objawami formalnymi, które polegają na zmianach w szybkości i bogactwie ilościowem procesów psychicznych, są jednak niekonieczne. Natomiast często spotyka się w demencji objawy kompensacyjne, mianowicie zastępcze czynności mniejwartościowe, występujące z niezwykłą intensywnością jako zamiastka zanikłych czynności wyższych, np. po zaniku wzruszeń wyższych występują w tem większem nasileniu wzruszenia pierwotne: strach, gniew, popęd płciowy.

Objawy rozkładowe czyli dekonstrukcyjne — odpowiedniki powolnego rozkładu psychicznego — wykreślają 4 stopnie demencji: mechaniczny, naśladowczy (miroitante), automatyczny i absolutny. *Demencja mechaniczna* zapoczątkowuje proces destrukcyjny i jest najsłabszą. Czynności formalne pozostają nietknięte, gdy psychika wyższa, polegająca na walce życiowej i na przystosowywaniu się do środowiska, ulega zagładzie. Mechanizm wydawanych przez chorego sądów jest zahamowany i pracuje wydajnie, ale wartość wewnętrzna tychże uległa zanikowi, typ asocjacyj myślowych płytki, terminologja abstrakcyjna zwykła zamienia się tu na indywidualnie swoistą, chorzy tworzą swój własny język, symbol dla chorego ma większą wartość jak istota rzeczy — jawny dowód degradacji mentalnej. Indukcja t. j. związek myśli z faktami i stosunkami przyczynowymi, staje się egocetryczną, zacieśnioną, empiryczną, spotykaną zazwyczaj w stanach paranoidalnych. Orjentacja co do przestrzeni i czasu zachowana, także pamięć. Deficyt pamięciowy następuje tam, gdzie chodzi o zapamiętanie czegoś nowego, trudnego i niezwykłego. Uwaga zawodzi tylko przy pracy trudnej, związanej z nieprzyjemnym obowiązkiem. Brak woli uwydatnia się w niemożności realizowania poważniejszych wysiłków życiowych. Akcja twórcza błaha, ograniczająca się do drobiazgów, manuskryptów długich i nudnych projektów bez wartości. Z punktu widzenia biologicznego demencja mechaniczna występuje wraz z zanikiem (destrukcją) warstwy psychicznej — ostatniej w rozwoju ogólnym.

Demencja naśladowcza (D. imitative ou miroitante) objawia się w suggiestywności i naśladowaniu samego siebie i innych: typ echolaliczny kojarzeń myślowych, monotonność sądów. Praca abstrakcyjna i indukcyjna „*na pół wolna*“: chory, pozostawiony sobie, nie mówi, nie interesuje się niczem, intellekt nie funkcjonuje spontanicznie, tylko pod wpływem silnych bodźców, suggerujących określone kwestje, werbigieracja, perseweracja, w mowie echolalja, w sferze ruchowej echopraksja i stereotypja. Widoczna, że duże warstwy wyższych czynności psychicznych zanikły. Warstwa czynności naśladowczych opanowuje psychikę na tym stopniu demencji.

Demencja automatyczna. Rozkład psychiki ciężki wzbudza mało zainteresowania wśród psychjatrów zakładowych. Tacy chronicy są raczej przedmiotem opieki niż badań naukowych. Stąd też trzeci stopień demencji jest mało znany, teoretycznie zaś jest on równie ważny jak poprzednie. Chorzy w tym okresie podobni są do żywych maszyn: spełniają oni automatycznie czynności elementarne, niezbędne dla podtrzymania życia, pozatem nie masz w nich życia psychicznego. Analiza tego stanu jest trudna z tego względu, że mowa tych chorych zamarła na ustach; istnieją tylko jej odmiany prelingwistyczne, uzewnętrzniające się w monotonnych ruchach.

Wrażenia w dziedzinie wszystkich zmysłów istnieją tu jeszcze ale ograniczone do niezbędnych potrzeb życiowych. Kojarzenia umysłowe są bardzo ubogie: wśród nich istnieje jeszcze związek między pojęciem ognia i bólu, żądania i jego zaspokojenia, między zezwoleniem i posiadaniem — wszystko w bardzo ograniczonym zakresie. Mają one wszystkie charakter prelingwistyczny i właściwe są zwierzętom. Sądy są też widoczne i redukują się do trzech kategoryj: *identyfikujących* np. znajomość przedmiotów codziennego użytku i ich używania, *intuitywnych*, jak unikanie przeszkód, w czasie chodzenia, wykorzystanie zależności czasu od przestrzeni, i *niezróżniczkowanych* t. j. nie czysto intelektualnych ale wiążących się ściśle z pożądaniami i czynnościami. Są to sądy prelingwistyczne (prajęzykowe), właściwe zwierzętom.

Pamięć zdarzeń nowych bieżących, już w tym stadjum nie istnieje. Akcja twórcza tej fazy przejawia się w bawieniu się organami własnego ciała jak grymasowanie, ruchy nieprawidłowe palców, skubanie, darcie odzieży.

Wola pozbawiona jest nawet naśladownictwa, jest raczej wynikiem nawyku, właściwego koniowi, ciągnącemu ciężary. Są to

ruchy woli prymitywne, zaczynające się od fiksacji wzroku i kończące się czynnościami ruchowemi oraz postawowemi.

Sfera emocjonalna tego stopnia składa się z lęku, gniewu, smutku, radości, zemsty, zwierzęcego przywiązania, objawów seksualnych, jak onanizm, i macierzyńskich. Są to wzruszenia pierwotne, właściwe także zwierzętom i u chorych na tym stopniu są nawet niższe jak u zwierząt.

Demencja zupełna (D. absolue) charakteryzuje się prawie zupełnym brakiem treści psychicznej. Wrażenia istnieją tu jeszcze, ale bez tej ostatniej zawartości. Kojarzeń więc i sądów tu nie masz. Pamięć jest pozbawiona swej najprostszej właściwości — rozpoznawania przedmiotów i osób. Z mowy pozostają tylko nieartykułowane dźwięki, często absolutny ich brak. W sferze woli pozostaje tylko chęć połykania i ssania, o ile się chorego karmi; są to jedyne zachowane jeszcze instynkty. W sferze wzruszeniowej pozostaje tylko głód i pragnienie, sensacje przyjemne i nieprzyjemne, odruchy — instynkty, właściwe niemowlęciu w pierwszych miesiącach życia. Jestto degradacja psychiki w najwyższym stopniu.

3. *Odmiany kliniczne demencji.*

Odmiany kliniczne demencji są bardzo liczne; wszystkie jej objawy w różnych chorobach psychicznych są zmienne, nie wyłączając też okresu trwania. Przejście wyraźne z jednej fazy do drugiej jest rzadkością.

Dwie tylko kategorje chorób psychicznych nie wykazują objawów demencji t. j. psychozy psychorodne i histerja. Pozatem wszystkie inne, nie wyłączając psychozy manjakalno-depresyjnej i paranoi, są związane z demencją.

Paraliż postępowy jest prototypem demencji z fazą początkową, szczytową (f. megalomanii), demencją i końcową.

Pierwsza odpowiada fazie mechanicznej demencji, trzecia — automatycznej, czwarta — zupełnej (absolutnej). Faza demencji suggestywno-naśladowczej (miroitante) nie jest paraliżowi postępowemu także zupełnie obcą i objawia się w przypadkach lżejszych poddaniem się chorego wpływom zewnętrznym, w cięższych zaś wypowiada się w echolalii, echopraksji i perseweracji.

W trwaniu P. P. odnaleźć można dane, uzasadniające teorję amencji. D. o ile jest inwolucją, a więc procesem odwrotnym ewolucji, winna mieć zarówno jako całość chorobowa jako też i w poszczególnych fazach swoich trwanie odpowiadające temuż

w ewolucji psychiki normalnej, której jedynym wskaźnikiem źródłowym jest normalna chronologja rozwoju dziecka.

W rozwoju dziecka rozróżnia autor okresy następujące:

1) od urodzenia do 4 miesięcy to okres czynności odruchowych i instyktownych (porównaj punkt d).
2) od 4. miesięcy do 18-u okres czynności pierwotnych prymitywnych (porównaj punkt b).
3) od 1 1/2 roku do 2 1/2 lat — okres czynności suggestywno-naśladowczych (fonctions miroitantes) (porównaj punkt c).
4) Od 2 1/2 — 3 lat do 6 — 7 lat okres czynności mechanicznych (porównaj punkt a).

W rozwoju P. P. jako procesie wyłącznie destrukcyjnym:

a) Okres mechaniczny trwa 32 miesięcy.
b) Okres suggestywno-naśladowczy trwa 16 miesięcy.
c) Okres automatyczny 8 miesięcy.
d) Okres absolutny 4 miesiące.

Porównanie powyżej przytoczonych okresów w rozwoju dziecka i P. P. w jego formie często destrukcyjnej wykazuje niewątpliwe podobieństwo chronologicznego przebiegu.

Inne procesy organiczne o charakterze destrukcyjnym a więc psychozy traumatyczne, nowotworowe, polisklerotyczne, luetyczne, miażdżycowe, starcze, padaczkowe stanowią grupę odrębną. Procesy te w przeciwstawieniu do P. P. — wykazują tylko 3 stopnie demencji, t. j. kończą się zazwyczaj okresem demencji automatycznej. Czasami występują w wymienionych procesach objawy demencji absolutnej jak niezdolność ruchowa, konieczność odżywiania łyżką, ślinotok, niemożność zatrzymania moczu i kału (incontinentia) i to najczęściej w ostatnich okresach psychoz miażdżycowych, luetycznych i — prawopodobnie nowotworowych.

W tych wypadkach pamiętać należy, że zanik funkcji pierwotnych (co jest oznaką zupełnego otępienia) pochodzić może z dwóch przyczyn: z ogólnego rozkładu (dissolution) psychicznego jak w paraliżu postępowym, albo z miejscowej destrukcji ogniskowej, czyli z przyczyny przypadkowej i pobocznej, której nie towarzyszy równoległy rozkład (dissolution) psychiczny. Wypada rozróżniać te dwa wypadki, inaczej można przyjąć otępienie absolutne tam, gdzie go niema. *Otępienie traumatyczne* objawia się zwykle w zapominaniu, roztargnieniu, niezdolności do pracy umysłowej

i do wytężenia umysłowego, w prędkiem zmęczeniu, w usposobieniu niespokojnem, drażliwości i popędliwości.

W ciężkich przypadkach ogólnego wstrząsu mózgowego wyłania się obraz otępienia automatycznego, kiedy chory zniża się do poziomu niemowlęcia. Otępienie, spowodowane przez nowotwory (démence tumorale), ma zazwyczaj przebieg postępowy. Objawy początkowe: nieuwaga, zapominanie, ubóstwo myśli oraz ich sztywność i nagłe przerywanie czyli zahamowanie, lekkie zmęczenie, brak chęci do pracy umysłowej — oto składniki otępienia mechanicznego.

Okres automatyczny zaczyna się później i to w objawach zwykłych jak ubytek wspomnień, wiadomości szkolnych i najprostszych zajęć. Występuje on w 6% nowotworów mózgu, podobnych symptomatycznie do P. P. Dodać do tego trzeba objawy utraty częściowej (aphasia, Korsakow), która według niektórych spostrzeżeń (Pfeifer) przejawia się w 50% przypadków.

Skleroza ogniskowa (en plaques) nawet w lżejszych swoich objawach powoduje zmniejszenie wartości psychicznych, tak zwane otępienie polisklerotyczne (Pfeifer). W istocie podobne jest ono do fazy mechanicznej demencji, gdyż objawia się w trudności kojarzenia, ubóstwie i powolności sądów, nikłem nastosowaniu pojęć oderwanych oraz osłabieniu uwagi.

Psychoza poilsklerotyczna przybiera w swoim rozwoju najrozmaitsze formy, zaczynając od histerycznych i kończąc na połączonych z delirium. Zakończenie jej jest znane. Chory może dojść do otępienia ciężkiego (obtusion grave), o którego cechach automatycznych nie ma wątpliwości: apatja, słabe rozumowanie, pomieszanie z resztkami zachowanej osobowości.

Psychoza kiłowa, choroba ciężka i przewlekła, objawia się w trzech pierwszych okresach i dochodzi czasami do objawów absolutnej demencji. Okres mechaniczny ze zwykłymi objawami ujawnia się w formach paranoidalnych syfilisu mózgowego. Okres suggestywno-naśladowczy (phase miroitante) objawia się zwykle w lekkiem poddaniu się warunkom zewnętrznym (perseweracja). Otępienie automatyczne ujawnia się najwyraźniej w formie demencyjnej syfilisu mózgowego. Konstatujemy demencję absolutną, gdy chorzy się zanieczyszczają, nie mogą jadać bez pomocy, wymagają ciągłej obsługi. Demencja syfilityczna staje się specyficzną na mocy objawów cielesnych sero-diagnostycznych.

Demencja arteriosklerotyczna rozpoczyna się od zmian lekkich, które czasami przez lata całe nie wykazują postępów. Wątpliwem jest, aby owe zmiany były identyczne z otępieniem mechanicznem. Oznaki cięższe następują po urazach (lésions) charakterystycznych dla miażdżycy, mianowicie zanika zupełnie pamięć rzeczy nowych, krąg spostrzeżeń zmniejsza się, zanika też zrozumienie pojęć złożonych, słowem objawy otępienia mechanicznego, wśród których występuje demencja suggestywno-naśladowcza (miroitante), a więc brak pamięci dla spraw bieżących, oraz przesadne poddawanie się wpływom zewnętrznym. Dalej zanikają manipulacje arytmetyczne, rozpoznawania miesiąca, roku, dnia urodzin, orjentacja w czasie i przestrzeni, — chorzy pozostają w łóżku, milczący, obojętni na wszystko, czyli występuje demencja automatyczna z pewnym zachowaniem osobowości. Wraz z atakiem paralitycznym rozpoczyna się stan podobny do absolutnego otępienia, jakkolwiek otępienie jeszcze absolutnem nie jest, bo zachowana jest, choć w nikłej mierze, świadomość własnej osobowości.

Faza początkowa *demencji starczej* przejawia się w zwykłym agregacie objawów rozkładowych (deconstructifs) — formalnych i kompensacyjnych. Do pierwszych należy zanik czynności wyższych jak uwaga, pamięć rzeczy nowych, trudnych, wzruszenia wyższego stopnia, sądy twórcze itp. Zastępują je czynności niższego stopnia, jak gadulstwo starcze, wytwórczość małostkowa (robienie pończoch, bawienie się lalkami), sądy drobiazgowe, wspomnienia dawnych przeżyć, zwracanie uwagi na drobnostki. Tu przyłączają się zmiany formalne jak powolność percepcyj, kojarzeń i sądów. Czynności wyższe kompensowane są funkcjami zbliżającemi się do pierwotnych jak prawo własności, ujawniające się w skąpstwie starczem, impulsywność, wypowiadająca się w kleptomanji, pożądania cielesne jak łakomstwo w spożywaniu potraw, napojów i używek, czucia zmysłowe natury płciowej jak onanizm starczy, ekshibicjonizm, pajdofilja.

Starcy w okresie mechanicznym są rzadko pensjonarzami zakładów; internowani są zazwyczaj w fazie suggestywno-naśladowczej (miroitante), stąd pogląd, że faza ta występuje wcześnie. Wypowiada się ona w złej pamięci rzeczy nowych, które zastępowane są przez konfabulacje, i dobrej pamięci przeżyć dawnych, w niedorzecznościach przy załatwianiu poleceń, w rozmowie i zachowaniu się.

Konfabulacje występują jaskrawo w formie demencji presbyofrenicznej, która jest syntezą fazy mechanicznej z okresem sugestywno-naśladowczym.

Ostatnim etapem demencji starczej jest faza automatyczna. Faza ta manifestuje się w zaniku pamięci; zanik ten jest okresowy i przytem regresywny. Chory żyje początkowo teraźniejszością, poczem przeżyciami wieku dojrzałego, następnie wspomnieniami młodości i w końcu temiż wieku dziecęcego. Im bardziej się zacieśnia krąg wspomnień, tem plastyczniejszą jest faza automatyczna. W końcu tej fazy chory zapomina swoje nazwisko, nie przypomina sobie własnych rodziców itp. Na tym okresie demencja starcza się zatrzymuje aż do zgonu, a więc z zachowaniem osobowości choć okrojonej, dlatego o otępieniu bezwzględnem (absolue) nie może tu być mowy. Jej cechy specyficzne ujawniają się w charakterze postępującym choroby, w zaniku okresowo-regresyjnym wyobrażeń pamięciowych.

Demencja padaczkowa manifestuje się też w trzech okresach i występuje w padaczce swcistej (Epilepsia genuina) w 45-75%, przytem rzadko u epileptyków, żyjących na swobodzie, często zaś u epileptyków, przebywających w zakładach. Zazwyczaj demencja zatrzymuje się tu na fazie mechanicznej; faza suggestywno-naśladowcza (miroitante) zjawia się rzadko i niekompletnie; okres automatyczny zaledwie się zarysowuje.

D. padaczkowa rozwija się powoli. Okres mechaniczny trwa 5 do 6 lat. Zarysowująca się zaledwie faza automatyczna trwa do zgonu.

Stosunek między otępieniem padaczkowem a osobowością (charakterem) epilept. jest zmienny; wykazuje on, że osobowość epilept. jest niezależna od otępienia, ale uwarunkowana jest innemi przyczynami.

Demencja wczesna (D. praecox) występuje w trzech, na wstępie skreślonych, fazach biologicznych: mechanicznej, suggestywno-naśladowczej i automatycznej. Jest ona przytem czemś swoistem i niezależnem od grup poprzednich. Faza absolutna nie zjawia się tu nigdy, co stanowi osobliwą cechę tej psychozy. Rozwój powyższych trzech faz odbywa się w ciągu 4 do 6 lat. Osobliwością demencji wczesnej (schizofrenicznej) jest jej wczesny początek, czem się też tłumaczą występujące w niej powikłania omamowe i urojeniowe.

Psychozy intoksykacyjne i infekcyjne stanowią grupę izolowaną w ich ustosunkowaniu się do demencji.

Psychoza alkoholowa może być tu przyjęta jako typ zachorzeń intoksykacyjnych.

Niedomoga psychiczna w alkoholizmie jest niewątpliwa i wypowiada się trwale w następujących objawach: percepsje świeże utrwalają się niedostatecznie i nie urabiają się, zjawiają się pewne luki w dziedzinie wspomnień bezpośrednich, inicjatywa jest tak osłabiona, że chory nie jest w stanie wziąć się do pracy, brak mu żywości psychicznej; zainteresowania są nikłe i słabe. W sferze wzruszeniowej objawia się albo nastrój posępny i podejrzliwy, albo euforja. Jest to faza mechaniczna demencji, której objawy powyższe łagodzi nieco wstrzemięźliwość od pijaństwa, ale która trwa stale.

Inne intoksykacje w ich ustosunkowaniu się do demencji upodabniają się do zatrucia alkoholowego t. zn. sprowadzają osłabienie psychiczne nieuleczalne.

Charakterystyka ogólna demencji w zachorzeniach intoksykacyjnych jest następująca. Nie jest ona koniecznością i występuje dosyć rzadko, moment chorobowy w postaci zachorzenia naczyń odgrywa poważną rolę w jej wystąpieniu; co do okresu jest to okres mechaniczny demencji i jako taki nie przekracza swoich granic. Objawowo demencja ta jest ściśle złączona z objawami psychozy Korsakowa.

Demencja infekcyjna w swym charakterze ogólnym jest analogiczna do demencji intoksykacyjnej. W większości przypadków jest ona pozostałością syndromu Korsakowa.

Psychoza manjakalno-depresyjna może się według opinji większości psychjatrów łączyć z demencją, o ile komplikuje się z miażdżycą lub zmianami starczemi mózgu. Według autora demencja manjakalno-depresyjna jest możliwa i odpowiada manji lub melancholji chronicznej, występujących zrzadka. Zatrzymuje się ona zwykle na fazie mechanicznej.

Demencja w paranoi istnieje, gdyż każda idea obłędna reprezentuje myśl archaiczną o ciasnym zakresie, egocentryzmie i empiryzmie oraz wydaje przydzwięk emocjonalny (możliwie, że jest pochodzenia wzruszeniowego), nie przekraczając również jak poprzednia okresu mechanicznego.

Reasumując całokształt powyżej skreślonych poglądów na stosunek procesów patologicznych do demencji, autor wysuwa 6 punktów następujących: 1° Zachorzenia psychiczne, nie produkują-

ce demencji, to histerja i cała grupa psychoz psychorodnych. 2° Do chorób psychicznych, które obowiązkowo sprowadzają demencję, rozwijającą się w 4-ch wyżej scharakteryzowanych okresach, należy paraliż postępowy.

3° Choroby psychiczne, w których demencja staje się koniecznością, ale może zatrzymywać się w rozwoju i manifestować tylko trzy z powyższych faz — to psychoza urazowa, tumoralna, polisklerotyczna, kiłowa, miażdżycowa, starcza i padaczkowa.

4° Odmianę izolowaną od grupy poprzedniej stanowi demencja wczesna (d. praecox).

5° Zachorzenia psychiczne, wywołujące demencję, ala zrzadka i to tylko w pierwszej fazie, mianowicie mechanicznej, — to psychozy intoksykacyjne i infekcyjne.

6° Choroby psychiczne, w których demencja jest dziś przedmiotem sporu naukowego, to psychoza manjakalno-depresyjna i paranoja.

DR. J. GAWROŃSKI.

Angelo Lamd: Un type non décrit de syndrome résiduel postencéphalitique [Nieopisany dotąd typ syndronu pozostałego po encefalicie]. Documents cliniques (L'Encéphale No 4, Avril 1928).

Autor miał sposobność obserwowania 3-ch chorych, wykazujących następujące objawy:

1° Kończyny górne trzymane były w stałej, z rzadka przerywanej pozycji, którą autor charakteryzuje jako „postawa skrzydeł zdechłego kurczęcia".

2° W postawie stojącej chory ma tendencję do przewrócenia się w tył. O ile chód jest możliwy, odbywa się po stronie prawej, przyczem chory nie jest w możności unikać przeszkód.

3° Chory stale ma twarz mimicznie sztywną i uśmiech sardoniczny; kiedy mówi, śmiejąc się, skanduje, czasami łka spazmatycznie.

Są to objawy, jakich nie spotyka się w parkinsonizmie poencefalitycznym w jego formach klasycznych.

Autor dołącza trzy fotografje opisanych powyżej typów.

DR. J. GAWROŃSKI.

M. Nathan et Gallot. Les bouffées délirantes motivées. [Napady urojeniowe motywowane]. L'Encéphale No 4, Avril 1928).

Dążeniem psychologji i psychjatrji współczesnej według autorów jest rozszerzenie i rozluźnienie granic, zakreślanych dotąd dla chorób psychicznych, zerwanie z poglądem, że takowe są jed-

nostkami ustalonemi i niewzruszonemi. Jeżeli istnieją diatezy przyrodzone, a więc niezmienne, bywają też i takie, które powstają i zacierają się nieustannie w ciągu życia jednostek niemi dotkniętych. Środowisko, rodzina może też realizować drugie zapłodnienie („une seconde fécondation") według Morela, które zależnie od przypadku uwypukla lub zaciera pierwiastki wrodzone i pierwotne psychizmu. Objawia się też wśród psychjatrów skłonność zbliżenia do psychoz afektywnych pewnych napadów urojeniowych polimorficznych, mogących występować naprzemian u niektórych chorych w formie paroksyzmów manjakalnych lub melancholijnych.

Na udowodnienie powyższych poglądów autorowie przytaczają dwa wypadki kliniczne, obserwowane w szpitalu Lariboisière.

Pierwszy to Marja Ł., 27-mio letnia panna, która naprzemian to bardzo podniecona to znów przygnębiona, mistyczna, odpychająca, enigmatyczna z objawami rozkojarzenia ruchowego i myślowego, rzekomej ambiwalencji, ujawniającej się w tem, że chora dręczy się myślą, iż jej narzeczony ją poślubi, i jednocześnie robi mu hałaśliwe skandaliczne sceny publiczne, że jest dla niej obojętny, że jej nie kocha itp. Chora słyszy też dalekie głosy i czuje się otoczoną niewidzialnemi postaciami, przytem wypowiada różne urojenia o charakterze erotycznym. Stany takie trwają od 20. grudnia 27. roku do 24. stycznia r. następnego. Już na 10 dni przed 2-gim lutego, kiedy to opuszczała szpital, wszystkie powyższe objawy psychotyczne znikły zupełnie, pozostała tylko pewna nadwrażliwość (obawa przed choremi z jej otoczenia).

Autorzy dopatrują się w tym przypadku epizodu urojeniowego u psychopatki.

Druga chora, Celina, wstąpiła do wyżej wymienionego szpitala 17 stycznia 1928. Znaczna debilka, u której napady urojeniowe łączą się ściśle z wtrząsającemi przeżyciami, których była ofiarą. W pierwszych dniach pobytu w szpitalu chora zdradza naprzemian stany przygnębienia i podniecenia, przyczem tonie we łzach. Nie jest zorjentowana, zna rzekomo ludzi nowego otoczenia, policja ją tropi, ale Bóg i wszyscy Święci opiekują się nią pomimo, że jest stworzeniem, niegodnem ich łaski. Te różnokształtne i rozkojarzone manifestacje zdradzają niedorozwój umysłowy.

Około 10. lutego chora robi wrażenie powrotu do uwolnienia się od ostrych objawów chorobowych tak, że można od niej dowiedzieć się dokładnie o jej burzliwej, pełnej wstrząsów psychicznych przeszłości.

W 8-ym roku była ona naocznym świadkiem stosunków płciowych młodej pary; podniecona tym widokiem usiłuje to samo powtarzać z chłopcem w jej wieku. W szkole uczyła się miernie. W 12-ym roku przystępowała do komunji, co nazywa najpiękniejszym dniem w życiu. W krótkim czasie atakowana była płciowo przez 50-letniego przyjaciela swego ojca. Mszcząc się we wściekłości za to, że nie mógł dokonać na niej defloracji, wyjawił Celinie, iż jest kochankiem matki i że troje młodszego jej rodzeństwa to jego dzieci. Ta wiadomość wstrząsnęła nią głęboko, zaczęła nienawidzić matkę i w modlitwach do Matki Boskiej, która staje się jej „prawdziwą matką", szuka ukojenia. Młodość również bardzo burzliwa i pełna wstrząsów, zawodów miłosnych i potworności kazirodczych ze strony męża i późniejszych kochanków doprowadza chorą do staczania się coraz niżej. Jeden z jej przygodnych kochanków oskarza ją, że go zdradziła i grozi, że zawiadomi o tem policję. Od tego czasu zaczyna się psychoza Celiny, która się czuje prześladowaną rzekomo przez policję. W nocy widuje ludzi, których zna, słyszy ich głosy, widzi na dachu wielkie zwierzę koloru niebieskiego. W okresie tych zmian psychotycznych wstępuje do szpitala pełna urojeń i niepokoju. Widzi Matkę Boską w kolorze niebieskim („symbol dobra") mającą u stóp swoich czerwonego byka („symbol zła"). Objawy te stopniowo maleją i wreszcie chora wraca do stanu normalnego.

Autorowie upatrują w tym przypadku napady urojeniowe natury paranoidalnej u debilki, nie zaś otępienie wczesne. W obu przypadkach podkreślają oni motywację stanów urojeniowych precedensami życiowymi, co chore po wyzdrowieniu podkreślają też w swoich wynurzeniach. Autorowie kończą poglądem, aby w myśl współczesnych dążności obecnych szkół psychjatrycznych więcej przywiązywać wagi do podłoża zachorzeń psychicznych jak do ich form klinicznych. DR. J. GAWROŃSKI.

A. Stocker, Psychologie de la schizophrénie [Psychologja schizofrenji]. L'Encéphale Nr. 6, Juin 1928.

Faktem jest, że schizofrenik bardziej niżeli innej kategorji chory psychicznie jest obcy swemu środowisku: obcy względem otoczenia, przestaje być czynnikiem, dającym się wcielić w życie społeczne. Autor zapytuje, skądże to pochodzi, i usiłuje dać wytłomaczenie psychobiologiczne przejawów umysłowych u schizofreników, wypowiadając uprzednio kilka teoretycznych rozważań o biologji psychizmu ludzkiego.

Przyjmuje się, jak wiadomo, że na osobowość psychiczną składają się pierwiastki, z których jedne odpowiadają skłonnościom dziedzicznym, charakterystycznym dla rasy, drugie zaś usposobieniu aktualnemu — właściwościom, nabytym przez danego osobnika. Określa się to mówiąc, że w każdym osobniku jest komponenta genotypu (génotypique) i takaż paratypu (paratypique). Z ich zespolenia ścisłego, z ich twórczej syntezy rodzi się to, co nazywamy genotypem czyli osobowością.

Właściwości genotypu np. odnajdują się łatwo w odczynach serologicznych, specyficznych dla rodu ludzkiego, w jednakowym rozmiarze i składzie ciałek krwi i t. p. Cechy zaś paratypu stanowią sumę właściwości nabytych i reakcyj, należących wyłącznie (en propre) do danego osobnika. Względem duszy trzeba przyjąć te same normy. A więc wypada przyjąć, że w psychice każdego osobnika znajduje się cząstka, odpowiadająca składnikom genotypowym fenotypu i cząstka druga, w której są jego pierwiastki paratypowe. W psychice przeto osobowości czyli fenopsychice nazwać można jednę część pierwiastków psychicznych genopsychizmem a drugą parapsychizmem.

Z syntezy tych dwóch składników powstaje „dusza ludzka", w której złożone są wszystkie cechy duszy rasy i która jest chwilową wykładnią wyobrażeń oraz uczuć, przemyślanych i przeżytych przez fenotyp, obecnie żyjący.

Jak genopsychizm tak i parapsychizm mieści w sobie treść intelektualną i uczuciową. Gdy treść intelektualna genopsychizmu wypowiada się w uczuciu, którego nie trzeba brać za jedno z afektywnością, to treść intelektualna parapsychizmu wyrazi się w myśli (l'idée).

Uczucie i myśl, połączone razem, stanowią to, co nazywamy inteligencją globalną, czy poprostu inteligencją.

U osobników normalnych dla wywołania czynu potrzeba, aby oba psychizmy — dziedziczny i aktualny — przenikały się i stapiały w jedno nadając tem samem psychizmowi globalnemu cechę, która charakteryzuje osobowość działającą.

Ta osobowość, ten wyraz fenotypu, występujący jako jedyny i nierozerwalny, sprawia, że istota ludzka czuje się wkorzenioną, wrośniętą w przeszłość ludzkości, która to przeszłość daje jej dzięki pojęciu ciągłości (la notion de continuité) możność zajęcia stanowiska przewidującego, patrzenia jasno w przyszłość, nie zaś wegetowanie po omacku jak błędny ognik bez podstaw historycznych.

W duszy schizofrenika zachodzi rozbrat między genopsychizmem a parapsychizmem. Jest tu rozłam intrapsychiczny. Nie jest to rozszczepienie między uczuciowością a inteligencją, bo schizofrenik posiada kompleksy ideo — afektywne i uczucia, które pozwalają mu działać normalnie, braknie mu natomiast zgody między temi kompleksami ideo — afektywnymi, a uczuciami które przynaglają do czynu; braknie mu harmonji pomiędzy dwiema naturami duszy, z których każda sama w sobie może stanowić całość, jako zlanie się intelektu z uczuciowością.

Że istnieje antagonizm między tem, co jest indywidualne, co jest podstawą osobowości, a tem co rodowe, czyli co stanowi dziedzictwo całego rodu, to rzecz oczywista; nie można utożsamiać (identyfikować) z jednej strony tego, co jest efemeryczne, co jest momentym statycznym, co jest prawem pojedyńczego człowieka, co podlega śmierci — z tem, co z drugiej strony jest ciągłem, co jest długotrwałem par excellence, co niezaprzeczenie winno być prawem dla wszystkich, co w rzeczywistości jest nieśmiertelnem. Ale w życiu normalnem te antagonizmy potrafią ułożyć się, znajdując sposób pogodzenia się i w końcu tworzą to, co nazywamy fenotypem.

Rezultatem tej zgody jest typ ludzki, który pozostając osobnikiem protestującym przez reakcje swego parapsychizmu przeciw wszystkiemu, co nie jest jego „ja“, potrafi jednak poddać się prawom rodzaju i za pomocą pierwiastków, dostarczonych mu przez jego genopsychizm, tworzy psychologję, dozwalającą mu wcielić się w życie społeczne. Zrozumienie wzmocnione przez zabarwienie afektywne, pozwala mu prowadzić walkę o własny byt, a uczucie ją dopełnia, aby mógł za pomocą tak zwanych sił moralnych zapewnić życie podobnym sobie.

U schizofreników podstawą choroby umysłowej jest współistnienie genopsychizmu obak parapsychizmu bez ich zespolenia się, niemożność syntezy intrapsychicznej między pierwiastkami inteligencji globalnej. Ambiwalecja — objaw charakterystyczny dla schizofrenji — zdradza ów antagonizm, ową niemożność osiągnięcia równowagi między obu współzawodnikami duszy fenotypu, które trzymają się wzajemnie w szachu, nie mogąc się zdecydować na zwycięstwo.

Jest w nich ustawiczne wahanie się między „tak“ i „nie“ i tem się tłomaczą owe reakcje paradoksalne, jak n. p. współistnienie negatywizmu i suggiestywności u tego samego chorego. Ne-

gatywizm cechuje postawę jednostki czyli parapsychizmu w stosunku do wszystkiego, co by mogło jej być narzuconem przez przedstawiciela rodzaju podobnego doń z cech genotypowych. Echopraksja, echomimja, echolalja dadzą się wytłomaczyć u chorego przez to, że przy względnej niezależności genopsychizmu od parapsychizmu i odwrotnie mogą powtarzać jednocześnie zjawiska wręcz przeciwne a nie dające się pomyśleć u człowieka normalnego, którego osobowość stanowi syntezę.

U schizofrenika tej właśnie syntezy intrapsychicznej nie masz i przez brak harmonji, zgodności i kompromisu między pierwiastkami psychicznemi — indywidualnemi i rasowemi — powstaje obraz kliniczny „obłędu analitycznego".

DR J GAWROŃSKI.

A. Jakob: Uwagi dotyczące zagadnienia paraliżu postępującego leczonego malarją (Zum Problem der malariabehandelten Paralyse]. Wien. Klin. Wochenschr. 1928.

Kliniczne i serologiczne obserwacje przy leczeniu malarją paraliżu postępującego wykazują w licznych przypadkach wyraźne polepszenie się procesu chorobowego (Wagner-Jauregg). Przedewszystkiem zmiany serologiczne w płynie mózgowo-rdzeniowym wskazują na przesunięcie się procesu paralitycznego w kierunku do zmian luetycznych.

Przypadki paraliżu «wyleczonego» malarją wykazują charakterystyczny obraz histologiczny. Mianowicie objawy naciekania znikają, stan architektoniki korowej polepsza się, sprawy proliferatywno-degeneratywne w tkance korowej nie postępują naprzód.

Badania Wilsona wykazały pozatem, iż w nawrotach choroby po leczeniu malarją — proces paralityczny występuje przeważnie tylko ogniskowo.

Autor obserwował przypadki, wykazujące, iż paraliż postępujący pod wpływem leczenia malarją przechodzi w osobliwy proces, t. zw. endarteriitis syphilitica małych naczyń krwionośnych kory mózgowej i opony miękkiej.

Dalej autor opisuje przypadek, uważany od samego początku jako paraliż postępujący, w którym po leczeniu malarją nastąpiło znaczne polepszenie, lecz po dwóch latach pojawił się nawrót w postaci ostrego zapalenia syfilitycznego mózgu i opon mózgowych.

Badanie makroskopowe wykazało charakterystyczne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym. Mianowicie stwierdzono przewlekłe zapalenie hyperplastyczne opon mózgowych z nieznacz-

nymi naciekami limfocytarnymi w częściach przylegających do miąższu korowego. Uderzał też zanik komórek zwojowych w korze i ukośne ich ułożenie. Nacieków naczyniowych brakło. Wykazanie żelaza w tych miejscach jest łatwe, ponieważ niektóre komórki adwentycjonalne i hortegowskie zawierają nieco żelaza. Te zmiany, zdaniem autora, odpowiadają zmianom korowym, spostrzeganym często przy paraliżu postępującym po leczeniu malarją.

Przy ogniskowo występującym procesie chorobowym — po leczeniu malarją — opona miękka przepełniona jest małemi komórkami przeważnie w przestrzeniach limfatycznych okołonaczyniowych. Nacieki składają się z limfocytów i pojedyńczych leukocytów. Nigdzie tu nie spostrzegamy ogniskowego przejścia procesu pialnego na miąższ nerwowy lub silnego nacieczenia w postaci meningo — encephalitis syphilitica większych naczyń, przechodzących z opony miękkiej do kory mózgowej. Natomiast w takich miejscach widzimy mniejsze nacieki limfocytowe naczyń włosowatych. Ostatnie składają się z limfocytów wraz z histiocytami i z wyraźnej tkanki plasmatycznej podstawowej.

Wreszcie u podstawy rdzenia przedłużonego widzimy wyraźną meningitis acuta z limfocytami i nielicznymi leukocytami, pozatem zmiany kilakowe większych naczyń u podstawy i wyraźną endarteriitis tętnicy podstawowej.

Anatomicznie mamy tu do czynienia niewątpliwie z ostrem zapaleniem syfilitycznem opon mózgowych, połączonem z kilakami i infiltracyjną t. zw. endarteriitis syphilitica Heubner'a, wreszcie ze szczególnemi zmianami w miąższu kory mózgowej. Mianowicie w niektórych jej miejscach spostrzegamy pewne złagodzenia procesu paralitycznego, w innych zaś widzimy silniejsze nacieki naczyń włosowatych oraz ogniska ściśle połączone z ostrem zapaleniem opony miękkiej mózgu.

Zdaniem autora trzeba w tym przypadku pzypuszczać, iż zachodzi kombinacja paralitycznego schorzenia mózgu ze zmianami syfilitycznemi naczyń w postaci endarteriitis Heubner'a, połączona z ostrem zapaleniem syfilitycznem opon mózgowych.

Wszystkie więc obserwacje przemawiają za tem, iż w tym przypadku paraliżu postępującego po leczeniu malarją osiągnięto naprzód pewne złagodzenie procesu chorobowego i że później nawrót choroby wystąpił w postaci specyficznego procesu syfilitycznego mózgu.

BR. JESIONOWSKI.

Fruehwald Ryszard, Chemnitz: O zaraźliwości płynu mózgowo-rdzeniowego paralityków (Die Infektiositaet des Liquors Paralytischer). Wien. Klin. Wochenschr. 1928,39.

W monografji swej o kile doświadczalnej Mulzer stwierdza, iż liczne badania szczepienia płynu mózgowo-rdzeniowego paralityków do jąder królika wykazały wynik ujemny i, że w tych bardzo nielicznych przypadkach, gdzie wynik szczepienia był dodatni, zachodziła prawdopodobnie t. zw. spirochaetoza królicza.

Autor zaś przytacza fakt rzeczywistego zakażenia królika przez przeszczepienie płynu m.-r. do jąder. Mianowicie w trzy miesiące po szczepieniu 2 ccm. płynu m.-r. w lewem jądrze królika spostrzegano guzek, w którym przez punkcję wykazano liczne typowe krętki blade, co przemawia jednak za zaraźliwością płynu m.-r. paralityków. BR. JESIONOWSKI.

F. Jahnel. O możliwości przenoszenia kiły przez paralityków i tabetyków (Ueber die Moeglichkeit der Syphilisuebertragung durch Paralytiker und Tabiker). Wien. Klin. Wochenschr. 1928,28.

Autor zadaje sobie pytanie, czy w przeciwstawieniu do świeżych przypadków kiły także w okresie paraliżu postępującego i wiądu rdzenia istnieje możliwość zakażenia zdrowych osobników przedewszystkiem przez akt płciowy. Dotychczas nie obserwowawano takich przypadków. Przypuszczano, iż krętki blade tracą zdolność zakażenia przez długotrwałe przebywanie w ustroju paralityków. Zdaniem zaś autora zakażenie dla tego nie zachodzi, ponieważ paraliż postępujący i wiąd rdzenia z bardzo nielicznymi wyjątkami występują dopiero kilka lat po infekcji, gdzie już nie spostrzegamy żadnych objawów skórnych.

W tych przypadkach, gdzie jednak spostrzegano zakażenie osób zdrowych przez paralityków, przypuszczano reinfekcję; okazało się jednak, iż paralitycy i tabetycy są odporni przeciw wtórnemu zakażeniu się.

Wobec coraz częściej stosowanego leczenia malarją nietylko kiły, lecz także chorób niesyfilitycznych, autor zastanawia się nad kwestją, czy pasaż plasmodjów malarji przez paralityków nie może przyczynić się do przenoszenia równocześnie krętków bladych. Mimo, że nie stwierdzono dotychczas przenoszenia tą drogą czynnika luetycznego, autor poleca używanie wyłącznie krwi wolnej od krętków bladych przy leczeniu niesyfilityków.

Wreszcie autor porusza sprawę przenoszenia zarazka kiłowego na płód przez kobietę paralityczną ciężarną. Naogół ciąża

u kobiet paralitycznych przebiega normalnie, i dzieci nie wykazują żadnych objawów luetycznych. Tłómaczono sobie fakt ten w ten sposób, że krętki blade straciły całkowicie lub częściowo zdolność zakażenia, przypuszczano także, iż odporność organizmu paralitycznego przeciw kile przenosi się także na płód. *Pilcz* stwierdził u 4 z pośród 34 dzieci, pochodzących od matek paralitycznych, objawy kiły dziedzicznej. Zdaniem więc autora przerwanie ciąży u kobiet paralitycznych jest niepotrzebne, natomiast energiczne leczenie konieczne.

Mniej ważne jest pytanie, czy drogą karmienia zdrowe dziecko może być zakażone przez osobę paralityczną, ponieważ z góry nie dopuszcza się do karmienia kobiet z dodatnim odczynem B.-W.

BR. JESIONOWSKI.

A. Wizel i R. Markuszewicz [Warszawa]. **Drugie sprawozdanie z prób leczenia schizofrenji zimnicą.**

W ślad za pierwszemi próbami leczenia schizofrenji zimnicą, ogłoszonemi w roku 1927, gdzie szczepionych było 27 przypadków schizofrenji, uzupełniają autorowie obecnie swoje dawne doświadczenia obszerniejszym materjałem.

Druga serja przypadków, leczonych zimnicą, składa się z 40 ostrych i 17 okresowych.

Za ostre przyjmują autorowie przypadki, trwające krócej, niż rok. Na ogólną liczbę 40 ostrych przypadków dało szczepienie malarją w 9 doskonałą remisję (z odzyskaniem całkowitej zdolności do pracy), w 11-tu średnią, w 8-iu b. nieznaczną, w 12-tu zaś bez poprawy. Zatem w 50% przypadków nastąpiła bardzo dobra względnie dobra remisja. Na ogólną liczbę 17 okresowych schizofreników w 9-ciu otrzymali doskonałą remisję, w 3-ch średnią, w 5-ciu zaś — bez poprawy, Zatem w 70,6% otrzymali b. dobrą wzgl. dobrą remisję. Remisja po wyjściu chorych ze szpitala utrzymuje się i tylko w stanie zdrowia 3-ch chorych nastąpiło w domu pogorszenie. Remisje trwają już 1½, a nawet 2½ lat (wypadki dodatnie z pierwszej enuncjacji).

Najpomyślniejsze wyniki otrzymano w pierwszym półroczu trwania choroby (60%).

Remisja w większości przypadków rozpoczęła się w czasie gorączkowania, w czem autorowie chcą widzieć dowód, że właśnie przebyta zimnica wywołała remisję

Przeciętnie chorzy przechodzili około 25 napadów gorączki. W jednym tylko przypadku zdarzyło się zejście śmiertelne mimo

przerwania zimnicy. Autorowie akcentują, że w tych nielicznych ostrych przypadkach, w których malarja się nie przyjmuje lub dopiero po dwu — lub trzykrotnem szczepieniu, rokowanie co do remisji jest niedobre.

Długość okresu wylęgania zimnicy wynosiła zazwyczaj 1 do 3 tygodni (nawet 24 i 25 dni).

Nakoniec podnoszą autorowie, że częstość remisji przy leczeniu zimnicą zdaje się być zależną od obecności momentów cyklotymicznych w okresie klinicznym schizofrenji.

A. LISZKA.

Józef Handelsman (Tworki). Próby leczenia schizofrenji metodą Walbuma.

Walbum stwierdził, że sole niektórych ciężkich metali pobudzają środki obronne organizmu przeciwko bakterjom i przeciw rozwojowi procesów infekcyjnych. Reiter, wychodząc z założenia, że w powstawaniu schizofrenji jako moment etjologiczny często w grę wchodzi jakaś poważna toksykoza oraz cierpienie gruczołów dokrewnych, postanowił spróbować leczenia schizofrenji wspomnianą metodą Walbuma.

Metalem, używanym przez Reitera, pierwotnie był mangan, później beryl.

Reiter na 50 leczonych osób miał 13 zupełnych remisji.

Autor przeprowadził badanie w 22 przypadkach schizofrenji.

Leczenie rozpoczynał od wstrzyknięcia dożylnego 0,5 $cm.^3$ roztworu Mn; stopniowo zwiększając, dochodził do 5 cm^3. Zastrzyknięcia dokonywał 2 razy w tygodniu, ogółem każdemu choremu 20 zastrzyknięć. Jako uzupełnienie leczenia, po skończeniu wstrzykiwań podawał, zgodnie z przepisem Reitera, w przeciągu kilku tygodni codzień po jednej pastylce Manganosanu. Po wstrzyknięciu soli ciężkich metali następuje krótkotrwała reakcja ogólna, ciśnienie tętnicze wyraźnie spada, niekiedy o 25 mm Hg. Dawka optymalna u mężczyzn waha się od 4,0—5,0, u kobiet od 2,5—3,0. Szybkość opadania krwinek (odczyn Biernackiego) wykazała pewną (choć niezupełną) stabilizację przy osiąganiu optymalnej koncentracji -- dawki manganu. Ciekawem jest, że autor wybrał do leczenia metalo-solami prawie same przypadki przewlekłe, bez skłonności do remisji (21 przypadków).

Prawie u wszystkich nastąpiła pewna poprawa stanu fizycznego (przybytek wagi, wzmożone łaknienie). U 2 chorych nastąpiła remisja wyraźniejsza (jeden z nich przestał wypowiadać urojenia,

zaczął pracować na oddziale), wreszcie u 2 chorych nastąpiło prawie zupełne przywrócenie zdrowia psychicznego (pracują zawodowo). Uderzające jest to, że poprawa nastąpiła we wszystkich 4-ech przypadkach w postaci paranoidalnej schizofrenji (zwykle mającej najmniej pomyślne rokowanie).

Należałoby przeprowadzić próby na materjale świeżym, nie chronicznym. A. LISZKA.

E. Mingazzini, Rzym. O płaczu i śmiechu poniewolnym (Ueber das Zwangsweinen und — lachen). Wien. Klin. Wochenschr. 1928, 28.

Badając mechanizm powstawania płaczu i śmiechu poniewolnego, autor przypuszcza, iż wzgórek wzrokowy jest ośrodkiem koordynacyjnym dla ruchów mimicznych. Na ośrodek ten zdaniem jego działają z jednej strony bodźce obwodowe drogą t. zw. sensothalamiczną, z drugiej zaś strony bodźce, pochodzące z ośrodków korowych, w których odbywają się procesy psychiczne, drogą t. zw. senso — psychiczną. Badania anatomo — patologiczne wykazały, iż drogi te schodzą się we wzgórku wzrokowym. Co do udziału ciałka prążkowanego wchodzi tu w rachubę tylko putamen. T. zw. ośrodek mimiczny wzgórka wzrokowego jest także połączony z jądrem opuszkowem n. twarzowego.

Z drugiej strony wiadomo oddawna, iż z ośrodka korowego nn. twarzowego i podjęzykowego (dolna część g. praecentralis) wychodzą włókna korowo — opuszkowe, które przechodzą przez genu capsulae ad pedem pedunculi oraz do mostka. Na jądra mostkowe n. twarzowego wpływają więc dwa systemy neuronów, przebiegające z jednej strony we włóknach korowo-opuszkowych, z drugiej zaś strony w drogach thalamo — opuszkowych.

Według autora ośrodek mimiczny wzgórka wzrokowego u dziecka podlega tylko wpływom bodźców obwodowych, drogą neuronów senso — thalamicznych; włókna korowo — opuszkowe w wieku dziecięcym nie wywierają jeszcze żadnego wpływu na jądra nn. twarzowych, tak że działają na nie wszystkie bodźce zewnętrzne. Dopiero po wytworzeniu się ściślejszych połączeń kory ze zwojami i jądrami u podstawy mózgu wzmaga się wpływ wyobrażeń na jądra nn. twarzowych, tak że ruchy mimiczne tracą pierwotny charakter odruchowy i uzależniają się w większym stopniu od wyobrażeń. Równocześnie rozwój dróg korowo - opuszkowych przyczynia się do coraz większego opanowania jąder mo-

stkowych nn. twarzowych przez korę mózgową. Drogi te z czasem ograniczają się do regulowania ruchów mimicznych.

Uszkodzenie dróg korowo — opuszkowych (g. frontalis lub praecentralis), dróg psychothalamicznych (corpus lenticulare) i części mózgowych, przylegającysh do mostku, wywołują płacz lub śmiech poniewolny. Mniejsze natomiast uszkodzenia wywołują tylko płaczliwy wyraz twarzy, ponieważ nie usuwają całkowicie wpływu kory mózgowej na ośrodek mimiczny.

Niewątpliwie uszkodzenie ciałka soczewkowatego często przyczynia się do powstania zaburzeń mimicznych, płaczu lub śmiechu poniewolnego, zdaniem autora z powodu przerwania dróg psycho — thalamicznych hamujących, przebiegających przez corpus lentiforme.

Angela, nie podzielając poglądu Mingazziniego, zwraca uwagę na inny jeszcze czynnik, mający wpływ na powstanie płaczu lub śmiechu poniewolnego. Są to drogi, łączące korę Rolanda ze wzgórkiem wzrokowym i regulujące ruchy mimiczne. Hamujące więc działanie kory mózgowej na ośrodek mimiczny wzgórka wzrokowego polega nietylko na czynności neuronów psycho — thalamicznych i korowo — opuszkowych, lecz zdaniem Angela także i na działaniu włókien rolando — thalamicznych. Włókna te po części przebiegają przez ciałko soczewkowate, dlatego też bardzo często przy uszkodzeniu tegoż — w 65% wszystkich przypadków — występują zaburzenia mimiczne w postaci płaczu lub śmiechu przymusowego. BR. JESIONOWSKI.

W. Spielmeyer. Badanie zaburzeń krwiobiegu w mózgu i anatomja paraliżu postępującego (Das Interesse am Studium der Kreislaufstoerungen im Gehirn und Paralyse — Anatomie). Wien. Klin. Wochenschr. 1928, 28.

Zmiany ośrodkowe w paraliżu postępującym uważane są z jednej strony jako objawy częściowe zapalenia, z drugiej jako samodzielne procesy degeneratywne. Autor zaś podkreśla współdziałanie zaburzeń krwiobiegu przy zachorzeniu paralitycznem mózgu. Zdaniem jego przy rozmaitych zachorzeniach centralnych istnieją miejscowe zaburzenia krwiobiegu, nie polegające na organicznych zmianach ścian naczyniowych korkujących światła naczyniowe, lecz na zboczeniach czynnościowych.

Jak w padaczce, tak i w paraliżu postępującym występuje stwardnienie rogu Ammona. Badania systematyczne Metz'a

i Neubuerger'a wykazały, iż zachodzą tu zaburzenia czynnościowe krwiobiegu.

Schorzenia rogu Ammona spostrzegamy nie tylko w przypadkach pararaliżu postępującego, połączonych z licznymi atakami epileptycznymi, lecz i w przypadkach bez ataków.

Tak samo zmiany w móżdżku, spostrzegane przy paraliżu, zdaniem autora są powodowane zaburzeniami w krwiobiegu. Zmiany te występują także w licznych chorobach zakaźnych, co przemawia za charakterem zakaźnym paraliżu postępującego.

Wreszcie w korze mózgowej oprócz objawów zapalnych i czysto degeneratywnych spostrzegamy zmiany, które zdaniem autora możemy tłómaczyć zaburzeniami w krwiobiegu, chociaż nie polegają one na mechanicznem uniemożliwi niu dopływu krwi przez zamknięcie światła naczyniowego. Mianowicie chodzi tu o pewne stwardnienia w korze mózgowej. Za miejscowem zaburzeniem krwiobiegu przemawiają przedewszystkiem odgraniczone procesy nekrobiotyczne, występujące w komórkach nerwowych, podobnie jak przy ischaemicznem zachorzeniu komórek zwojowych; przemawia za tem wygląd tych ognisk, odpowiadający pod względem kształtu i umiejscowienia zmianom, wywołanym napewno przez zaburzenia krwiobiegu w korze mózgowej.

BR. JESIONOWSKI.

K. Bonhoeffer (Berlin): O dysocjacji zespołów snu u poencelityków. (Über Dissociation der Schlafkompoenten bei Postencephalytikern) Wien. Klin. Wochenschr. 1928, 28.

Autor w sprawozdaniu swem omawia zaburzenia senne, stanowiące jakoby objaw podstawowy nagminnego zapalenia mózgu. Obserwowano trwanie snu, zmiany okresowości, zasypianie przymusowe, stosunek snu do zaburzeń oddechowych i t. p.

Między innymi autor obserwował takie objawy jak utratę tonusu dźwigaczy powiek, ataki narkoleptyczne, następujące po ostrych fazach encephalitis. Zdaje się, iż regulacja automatyczna tonusu normalnego, występującego po śnie, jest zniesiona.

Pozatem autor zwraca uwagę na fakt, że objawy kurczu wzrokowego (Blickkrampf), które często występują u encefalityków, należałoby uważać jako część objawów sennych.

BR. JESIONOWSKI.

Dr. Rafał Becker: Praca jako środek leczniczy w chorobach psychicznych. Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 1929 nr 37.

We wstępie rozważa autor dawniejsze metody lecznicze w psychjatrji i przychyla się do zdania coraz liczniejszych znajdującego obecnie zwolenników, że przetrzymywanie chorego w łóżku przez dłuższy okres czasu przynosi więcej szkody niż korzyści. Stałe trzymanie chorego w łóżku w końcu powoduje zmniejszenie ruchliwości umysłowej, co w następstwie doprowadzić może nawet do stanu zupełnego otępienia. Z entuzjazmem odnosi się autor do metody czynnego zatrudnienia chorych, jako środka leczniczego. Zaznacza, że metodę tę wprowadził w r. 1924 Simon w swoim zakładzie w Gütersloh.

Przytacza Ilberga, który komunikuje swoje dwuletnie spostrzeżenia z zakładu Sonnenstein. Zredukowano tam znacznie długotrwałe kąpiele, zawijania w koce całkowicie zniesiono, izolację stosowano tylko w nadzwyczajnych wypadkach — i to na b. krótki przeciąg czasu. Używanie środków nasennych prawie automatycznie zostało zredukowane do minimum.

Praca terapeutyczna odbywała się w powiększonych warsztatach, rozszerzonem ogrodnictwie; wykonywano również roboty ręczne i domowe. Nadto uprawiano ćwiczenia cielesne. Leczenie pracą, rozciągnięte również i na otępiałych i nawet niespokojnych chorych, dało wyniki wcale pokaźne; zmniejszyła się znacznie liczba przypadków z tendencją do niszczenia; również na oddziałach dla ciężko chorych psychicznie dał się zauważyć znacznie większy porządek i spokój.

Autor cytuje dalej statystykę Thumma z zakładu w Konstancji za maj 1927, według której:

1) Nie wymagało specjalnego dozoru: 77,7% ogólnej liczby mężczyzn i 56% ogólnej liczby kobiet.

2) Jako robotnicy zatrudnionych było 27% mężczyzn i 19% kobiet.

3) Z prawa wolnego wyjścia z zakładu korzystało: 28,9% mężczyzn i 21% kobiet.

Thumm dochodzi do przekonania, że właśnie czynna terapja zajęciowa ułatwiła w b. pokaźnej liczbie przypadków szybsze i łagodniejsze przejście od psychozy do stanu normalnego, szczególnie u schizofreników. Wyraźnie wartościowe okazały się wyniki, osiągnięte u chorych płci żeńskiej, należących do kategorji ciężkiej degeneracji psychopatycznej obok silnego podniecenia.

Gross kazał podnieść z łóżek 50 chronicznie chorych kobiet i kazał im skubać włosie końskie.

Na 50 chorych jedynie 2 okazały się faktycznie niezdatne do pracy. Odsetek zatudnionych dochodzi u niego do 90—95% wobec 50%, które się dawniej udawało osięgnąć.

W Meerenbergu — gdzie dyrektorem jest Van der Scheer — w kilkunastu warsztatach tkackich pracują chore przy wyrobie mat kokosowych. Znaczna liczba chorych zajmuje się też slöidem, koronkarstwem i koszykarstwem. Celem zachęcenia chorych do pracy zakład wypłaca im niewielkie honorarja — w monecie. która ma obieg jedynie tylko wewnątrz zakładu.

I u nas w Polsce są już bardzo dobrze postawione warsztaty pracy n p. w Kocborowie, Dziekance, Tworkach oraz Szpitalu Jana Bożego. Nadto istnieją przy zakładach znaczne gospodarstwa rolne i ogrodnicze, które są uprawiane prawie wyłącznie przez chorych zakładowych.

Al. Piotrowski, dyrektor ponad 1000 chorych liczącego zakładu w Dziekance, rozróżnia 3 rodzaje zatrudnienia:

1) zajęcie produkcyjne,
2) zajęcie luksusowe (malarstwo, fotografowanie, muzyka i t. p.),
3) zatrudnienie nieprodukcyjne (skubanie szmat odkażonych).

Liczba wszystkich zatrudnionych w Dziekance dochodzi do 95%.

Nieściśle jednak podaje autor, że w Dziekance terapję zajęciową stosuje się według systemu Simona od r. 1924. Już bowiem w r. 1919, a więc na 5 lat przed enuncjacją Simona, Al. Piotrowski przeprowadził w Dziekance swój własny program jak najszerzej pojętej terapji zajęciowej i referował o niej na Zjeździe w Lublińcu w r. 1924 (Al. Piotrowski: Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego, Now. Psychj. 1924, nr. 7, oraz: Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance, Now. Psychjatr. 1925, I). Wyniki pracy leczniczej we wszystkich zakładach są jak najkorzystniejsze: wracają sen i apetyt, praca odwraca chorego od jego urojeń i w miarę tego, jak się budzi w nim świadomość jego wartości społecznej, przestaje on być ciężarem dla swego otoczenia.

A. LISZKA.

Prof. Stanisław Władyczko: „W sprawie snu i marzeń sennych". Bibl. Ofic. Szkoły Sanitarnej i Główna Księg. Wojsk. w Warszawie.

O przytoczonym nagłówku wyszła świeżo drukiem wyróżniająca się żywością i orginalnością swego zajęcia praca prof. Dr. Stanisława Władyczki.

Kwestja snu jest dotychczas jednym z najbardziej złożonych, skomplikowanych i spornych problemów nauki. Nie mała w tem wina filarów i samej nauki, owych — posługując się wyrazem

M. Ibsena — „podpór społeczeństwa“. „Jak nam wszystkim wiadomo“, — użala się jeden z najwidniejszych u nas jej przedstawicieli, — „położenie nauki w naszym kraju obecnie jest trudne; zwłaszcza przykre i smutne jest położenie doświadczalnej nauki. Krępuje nas nie tylko materjalny, lecz i moralny stosunek do społeczeństwa. Również... czy jesteśmy bez winy? Czy nie grzeszymy niekiedy nieśmiałością? Czy nie pozwalamy stygnąć entuzjazmowi, sile i wartości naszej najwyższej? Czy zawsze życzliwi jesteśmy młodym towarzyszom i świeżym pomysłom?“ W zasadzie natury, w jej mechanizmie najbardziej poufnym, dzieje się coś, o czem — mimo tylu wysiłków — jeszcze trudno nam jest dotychczas ilościowo rozmyślać, i żadne wypojedyńczone umnictwo temu podołać nie będzie wstanie. „A władza nasza nad naturą leży w pojmowaniu kołyszących nas zjawisk“, jak ładnie się wypowiada prof. Wł. Natanson.

„Znużenie i zmrok tylko usposobiają do snu, lecz nie są głównym jego warunkiem. *Sen bowiem jest wyrazem rytmu biologicznego*“ — dowodzi prof. Stan. Władyczko i wyraża to następująco: „Organizm zawiera określoną, zależną od konstytucji wewnętrznej, ilość energji potencjalnej, której odpowiada określona ilość pracy. Podobnie jak nam wykładają fizjologowie odnośnie serca, tłomacząc znakomite powiedzenie Renojer, że „serce daje wszystko, albo nic nie daje,“, dotyczące przyczyny rytmu sercowego zawierającej się w samej budowie specjalnej mięśnia sercowego i polegającej na (względnej) niewrażliwości jego w okresie fazy skurczowej, skąd też powstało drugie prawo „sercowe“ Marey'a, opiewające o nieprzerywalności pracy serca — mimo ubocznych obliczeń co do czasu i szybkości jego hydrodynamicznego wysiłku podczas czynności skurczowych napięć i rozskurczowych odpoczynków, dających możność o sobie aforystycznie powiedzieć, że serce za dobę pracuje 12 godzin i „odpoczywa“ 12 godzin. Skoro energja zostaje wyczerpana, następuje śmierć. Jeśli jakieś przypadkowe czynniki niszczące nie przerwą życia — długość tego życia zależy od mniej więcej oszczędnej gospodarki energietycznej“.

Rozwijając temat przytacza w dalszym ciągu autor szereg nieodreagowanych w odpowiedniej chwili konfliktów życiowych (nie koniecznie o zabarwieniu seksualnem), nierozwiązanych i psychicznie jątrzących, powodujących poczucie porażki i niesprawiedliwości życiowej, a stanowiących czynnik wywołujący

t. zw. marzenia senne; tudzież przytacza „rany psychiczne niezabliźnione... głód serca wogóle“... co też wszystko razem nieodzownie dla się ukojenie znaleźć może jedynie w śnie! „*Funkcja snu jest funkcją ochronną naszego ustroju* i dlatego, ażeby żyć: vivere — i dlatego, ażeby być: esse“.

Mimo to, że sen stanowi najoczywistszą rzeczywistość i niezaprzeczalną nieodstępną właściwość każdego stworzenia, trzeba przyznać, iż mniej o tej czynności ustroju możemy rzeczowego powiedzieć, aniżeli o zarysach charakterologji, stanowiącej wszak jeszcze nieistniejącą naukę o charakterze ludzkim.

Kolejno omawiając zbawienne znaczenie snu, jako przejawu fizjologicznego dla ustroju, oraz segregując i podnosząc pozytywne znaczenie dla życia t. zw. marzeń sennych, owej „klapy bezpieczeństwa, która od czazu do czasu automatycznie reguluje zbyt wielką prężność energji psychicznej“, dochodzi prof. S. Władyczko do wniosku, że „*sen jest stanem czynnym* i dlatego też, że dając nam okresowo wytchnienie od wszystkiego, co nas otacza, co nas zwykle obarcza, co gnębi i męczy, a naładowując jednocześnie w trakcie snu odpowiednią ilością energji nasz mózg, czyni go odporniejszym na ewentualne szkodliwe podniety, a bardziej czułym na te bodźce, które dają nam radość życia, radość istnienia i wywołują emocje tak zw. steniczne...“, a nadto objaśnia, że w czasie czuwania większą jest prawdopodobnie praca jąder komórkowych, natomiast w czasie snu intensywniej pracuje cytoplasma; w czasie czuwania bardziej czynnym jest układ współczulny (sympatyczny), a w czasie snu — układ parasympatyczny.

Aczkolwiek grunt bytu jest dla nas dalece nieprzezroczysty i wedle zapewnienia Carlyle'a «w fakcie leży nieskończone znaczenie», z uprzejmego pozwolenia Szanownej Redacji przy tej sposobności pragnąłbym skorzystać z przysługującego sprawozdawcy prawa, opiewawającego, że osobista interwencja wymaga pewnego stopnia energji subjektywnej, i dorzucić do omawianej sprawy kilka swych osobistych uwag. Wszak wszelkie ryzyko dodaje tylko smaku czynnościom. Zaś oprócz tego wszelka ciekawość posiadać musi z podstawy rzeczy genezę praktyczną. Nie masz idealizmu, któryby nie miał osadu realności! Nie wolno poprzestawać na ubóstwie inwencji C. Lombrozo'wskiej, opiewającej gołosłownie, że «lud bogaty może sobie pozwolić na luksus myślenia».

Zwłaszcza w okresie, w którym — wedle prof. M. Wawrzenieckiego — tak wybujale wszelka «bezmyślność zaczyna się pa-

noszyć», należy sobie uprzytomnić, że wszędzie tam «gdzie się odbywa ewolucja, wraz z nią zwykle postępuje i uwstecznienie», czyli jak się ładnie wyrażają francuzi: «Rewolucja — to ewolucja en gros, wszędzie tam gdzie niema rewolucji en detail«.

Przedewszystkiem w dalszych dociekaniach i rozwijaniach prac nad stanami snu wypadłoby ściśle odgraniczać rozumowo pojęcie snu, czyli procesu spania: pogrążania się jestestwa w stan wytchnienia i zasilania się energetycznego na okres czuwania, od tych kalejdoskopowych widziadeł śnienia, którym się tak niesłusznie i nietrafnie przypisuje oklepane miano „marzeń sennych", a co gorsza — jeszcze jakieś symboliczne znaczenia. Jak niema zjawisk moralnych — tylko istnieje moralne tłomaczenie zjawisk — taki sam stosunek zachodzi i w tendencjach wróżbiarskich tłomaczenia śnień. Naprawdę, bezsilną staje się naga. zimna prawda wobec czarodziejskich blasków kłamstwa. Pod tem względem znamiennie się przedstawia doniosłe ostrzeżenie prof. Aug. Forela w Zurychu, że aczkolwiek nie jedna uwaga Z. Freuda okazuje się trafną, nie może jednak podzielić „jego fantastycznych, dogmatycznych i wykrętnych (spitzfindig) wniosków". Podstawowe znaczenie przebiegu wysiłku myślowego opiera się na biofizjologicznem podłożu odpowiedniego skupienia i natężenia uwagi, będącej wyrazem szczególnego dobierania obrazów percypowanych poprzednio i przytem grupowaniu ich inaczej, aniżeli jakiemi były w rzeczywistości, drogą wprawiania się w szczególny stan, w którym wrażenia silniej na nas działają. Zadaniem snu jest właśnie odprężenie tego stanu natężenia energji psychicznej, wzgl. pogrążenia w stan spoczynku działalności mózgu po nieustannej wyczerpującej dziennej pracy. Jak określa trafnie prof. Rafał Radziwiłłowicz: „Myślenie zawsze jest rozwiązywaniem równania z jedną niewiadomą, która dzięki tej czynności staje się wiadomą". Natomiast w przebiegu widziadeł śnionych z tego rodzaju czynnością wcale niema się do czynienia. Może być mowa najwyżej o urojeniach sennych jako o zjawisku na wskroś naturalnem, dającem się upodobnić do fizycznie wytłomaczalnych obrazów fata — morgany. Polega ono na psychofizjologicznem prawie projekcji. Podstawę zaś do rozumowych wyjaśnień, zachodzących w nurtach podświadomości, doznanych czy to bądź od bodźców czy od podniet prądów psychoenergetycznych, należy doszukiwać się w fizycznych prawach polaryzacji i interferencji promieni świetlnych. Nie dość jest posługiwać się wzmianką o rozchodzeniu się prądu nerwowego z określoną

szybkością na doznane zewn. pobudzenie 30 metrów na sekundę. Pobudliwość energi psychicznej nie ma nic wspólnego z przewodnictwem sznurów lub drutów. Psychologia nie jest fizjologją mózgu i ta strona dociekań siłą okoliczności przypada w udziale psychjatrji. Stale podlegamy suggestjom zewnętrznym lub wewnętrznym. Nawet walcząc ludzie się naśladują. Zazwyczaj istoty niższe naśladują wyższe. Tego wreszcie należy się wyzbyć. Niestety, jak dotychczas, bez prozelityzmu (zrazu na zewnątrz) niema cywilizacji. Na tem polega postęp ludzki, że pierwszem staje się naśladownictwo nerwowe, drugiem dopiero mięśniowe.

A jednak badania przeprowadzone w tej materji posiadają nader charakterystyczne dane. Najciekawsze i bodaj najdonioślejsze w zakresie omawianego zagadnienia posiada świadectwo, udowodniające, iż w ogólnych zarysach charakter krzywej znużenia pozostaje dla danego osobnika zawsze ten sam, czyli że dany osobnik nuży się zawsze w jednakowy, właściwy tylko sobie sposób. Jest to prawo ważniejsze od doszukiwania się wpływu na biologiczne powszechne zjawisko snu ze strony czynników chemicznych, wzgl. autointoksykacyjnych, co tak przez czas niejaki było modne. Uganianie się za modą, za nowością, stanowi tylko małą warstewkę na ogromnym pokładzie obyczaju i to przytem mało wartościowym. Zauważmy tutaj, że nie praca, lecz sam rodzaj pracy, mianowicie n. p. jej jednostronność, bywa często przyczyną bezsenności. Od dawna zauważamy, że wszelka dłuższa jednostajność, monotonja, jest wielkim wrogiem zdrowia ludzkiego. Pomiędzy snem a warunkami socjalnymi zachodzi stosunek interakcji, czyli wzajemnego działania i oddziaływania. Ten pomijany i krótko wzrocznie przeoczony argument wymaga stanowczej pieczy i uwagi. Mianowicie, z pomiarów i obliczeń wypadło, że znużenie bynajmniej nie wzrasta w tym samym stopniu co ilość wykonanej pracy, lecz znacznie prędzej. Wpływ jednak indywidualnych wahań w odporności organizmu na znużenie jest bardzo szeroki. Zwłaszcza historja wielkich ludzi dostarcza nam ciekawych pod tym względem szczegółów. Sławny Hipolit Taine naprzykład w swej charakterystyce Napoleona Buonaparte'go powiada o nim, iż „współpracownicy jego gięli się i upadali pod ciężarem, który on wkładał na ich barki, gdy on sam nie czuł nadmiaru brzemienia, a po kilkunastogodzinnych posiedzeniach, podczas których ministrowie omdlewali ze znużenia, Napoleon po skończeniu narady wychodził równie zmęczony jak w chwili, gdy poraz pierwszy głos zabierał".

Może też dlatego umiał tak rozproszyć swą uwagę, że sypiał jak zabity kamiennym snem. Genjusz jest pod każdym względem doskonałością, to też i Helvetius nie zawahał się powiedzieć, iż: „Génie c'est une attention suivie“ (Genjusz — to natężona uwaga). Mimo to istnieje pewien niezaprzeczalny „stan fizjologiczny“ — jak powiadają dyrektor pracowni psychol. doświadczalnej w Paryżu Dr. Ed. Toulouse i Dr. L. Marchand — „przez który wszyscy przechodzimy i który daje dobre pojęcie o stanie pomieszania, a mianowicie marzenia senne“. Bardziej byłbym skłonnym upatrywać istnienie marzeń sennych na jawie, nie zaś w trakcie snu. W danym wypadku mogłaby być mowa najwyżej o rojeniach śniowych — jak wyżej wzmiankowałem — będących jakgdyby odblaskiem projekcyjnym rozsiewanych w nurtach podświadomości drgań bez najmniejszego nań wpływu ze strony świadomości — i dla tego nieodpowiednie jest dlań miano marzeń. Bardziej nieodpowiedniem jest przypisywanie im symbolicznego znaczenia, tem więcej przewidującego. Najwyżej da się uwarunkować ich grę kalejdoskopową nieodstępną kolejnością rytmiki, warunkowanej nastrojowością. Wszak wyraz — to tylko etykieta, czyli znak dla myśli. Zaś myślenie, jakkolwiek całe wydaje się w przebiegach w granicach wyraźnej świadomości, posiada również swoje dziedziny podświadome. Niema zjawiska odosobnionego w przyrodzie. tem mniej w mózgu człowieka. Nie należy tylko przekręcać etapów i dowolnie naciągać obcych właściwości. Śnienie, czyli rojenia senne, jest uważane przez Ed. Toulouse i Dr. L. Marchand'a jako pomieszanie na małą skalę. „Ten stan nieprzytomności zmysłowej znika bardzo łatwo, nie pozostawiając zwykle żadnego śladu w naszym umyśle“. Czyli zupełnie inaczej, jak się rzecz ma z marzeniami sennemi na jawie, dzięki którym umysł starożytnych hellenów określał: „Życie — to sen“. Pomijam przegląd dotychczasowych teoretycznych poglądów na sen, jako też i sprawę farmakodynamicznych wpływów środków nasennych. Ograniczę się tylko do słusznego napomnienia Dr. A. Kühner'a, że ile nowych aptecznych środków na dobry sen, tyle nowych słabości! Droga wytknięta przez Prof. Stan. Władyczkę prowadzi do prawidłowego ujęcia zagadnienia i zapamiętania, iż „w ośrodkowym układzie nerwowym prawdopodobnie istnieją mechanizmy regulujące rytmikę czynności ustrojowych“, jak również dojdzie się do zrozumienia prof. Franciszka Nitzsche, że zarówno snu, jak i „miłości niema na świecie za wiele, aby można było nią obdarzać istności urojone“.

WITOLD HALICKI.

Inż. Eug. Porębski. Wykłady psychotechniki (z przedmową Janiny Krasuskiej-Bużyckiej). Tow. Organizacji Naukowej, Warszawa 1927 r.

Słabe zainteresowanie wśród lekarzy, a nawet psychjatrów, sprawami psychotechnicznemi zmusza do szerszego omówienia książki inż. Porębskiego, która poza niezmiernie interesującą treść wnosi doniosły pierwiastek zastosowania psychologji do badań w codziennem życiu.

Niestety, jeszcze raz trzeba to podkreślić, psychjatrzy mało interesują się u nas zagadnieniami psychotechniki, a współpraca psychjatrów w powyższych badaniach powinna być conajmniej pożądana, jeżeli już nie konieczna. Z drugiej strony zastosowanie metod psychotechnicznych w szpitalach psychjatrycznych dałoby niewątpliwie dodatnie wyniki.

W każdym z większych szpitali psychjatrycznych jeden z lekarzy, po przejściu stage'u psychotechnicznego, powinien prowadzić tego rodzaju badania; wyjdzie to jedynie na dobro tak dyrekcji, jak chorych, a nawet i personelu. Pozatem pracownia psychotechniczna zakładu mogłaby promieniować i na okolicę.

Inż Porębski wydał w ubiegłym roku swe wykłady, wygłoszone na kursach naukowej organizacji, oraz cześciowo przed mikrofonem polskiego radja. Jest to pierwszy polski podręcznik psychotechniki i w zupełności zasługuje na głębsze przestudjowanie.

Już we wstępie spotykamy niezmiernie trafne uwagi o zdolnościach i zamiłowaniu. Tu też omówiony został cel i zakres badań psychotechnicznych. Pierwszy Münsterberg, dyrektor pracowni psychologicznej Uniwersytetu w Harward, w r. 1910 na prośbę amerykańskiego Towarzystwa dla ustawodawstwa pracy, zajął się badaniem zdolności tramwajarzy. U nas inż. Porębski w memorjale do Min. Robót Publ. w r. 1925 zwrócił uwagę na konieczność zastosowania badań psychotechnicznych dla kandydatów na kierowców samochodowych. Ministerstwo nie zdecydowało się jednak na ujęcie tej kwestji w sposób formalny i obowiązku badania psychotechnicznego u nas niema. Dopiero życie samo, poprzez liczne ofiary, wydziela nieodpowiednich. Lecz czy potrzebne były te ofiary okaleczonych i zabitych — zapytuje autor. Amerykanie proszą o badania psychotechniczne, u nas natomiast jeszcze w wielu przypadkach spotykamy się z niezrozumieniem doniosłości badań tego rodzaju.

Słuszne żądanie autora, aby w śledztwie sądowem po katastrofach (kolejowych itp.) brali udział lekarze i psycholodzy, zasługuje na szczególne podkreślenie.

Przechodzimy do części pierwszej. Omawia ona wpływy zewnętrzne oddziaływujące na człowieka, a ustępy dotyczące warunków pracy oraz higjeny fabrycznej wzorowane są, jak zaznacza autor, na pracy K. Tramma. Szkoda, że autor nie uwzględnił polskiego podręcznika higjeny prof. K. Karaffa-Korbutta, w którym szeroko są opisane warunki higjeny i pracy w zakładach przemysłowych.

Rys. 1 na str. 22 u góry przedstawiać ma krzywą zmęczenia, z tekstu jednak wynika, że jest to raczej krzywa wydajności pracy; oczywiście te dwa pojęcia nie pokrywają się ze sobą.

W dalszym ciągu autor przedstawia wyniki doświadczeń Forda, który umiał uzgodnić interesy fabryki z instynktem ciągnącym człowieka do przyrody. W niektórych fabrykach Forda robotnicy pracują latem na roli, a zimą o wiele efektywniej w fabrykach. To samo dzieje się — ze względów zrozumiałych — w hutach szklanych. W dziele autora spotykamy wiele ciekawych przykładów zaczerpniętych z książki Forda: Moje życie i dzieło. Jeden z nich dowodzi, jak wysoko ceni Ford robotników polskich.

Autor omawiając sprawę odżywiania podaje, że w/g badań angielskich lekarzy wydajność robotnika, rozpoczynającego pracę bez posiłku rannego, spada o 13%; jest to szczegół niezmiernie ważny. Następna tablica Hasinga przedstawiająca zależność ciążaru ciała, wzrostu i wieku — nie jest, jak sądzę, miarodajna, gdyż wchodzą tu w grę różne czynniki, a przedewszystkiem rodzaj budowy ciała, konstytucji fizycznej, której zasady ugruntował Kretschmer. To też twierdzenia, że waga mniejsza, niż wynika z tablicy, świadczy o wymęczeniu organizmu i powinna być jaknajprędzej doprowadzona do normy, nie można uznać za słuszne.

Może zbyt krótko rozprawia się autor ze sprawą alkoholizmu. U nas wiele na tem polu zrobiono i wykazano, jak bardzo alkohol jest szkodliwy dla wydajności pracy tak fizycznej jak i umysłowej.

W krótkim, lecz pięknym i treściwym rozdziale omawia autor znaczenie rytmu w pracy, podnosząc jego działanie, harmonizujące zespoły pracujących w jedną całość.

Prawie cała część druga „Wykładów“ poświęcona jest sprawom psychologicznym związanym z wyborem zawodu. Autor omawiając rodzaje testów, dzieli je na pewne grupy, podział ten jednak nie jest wyraźny; i tak autor wyodrębnia następujące grupy testów: 1) testy surowe, które badają zachowanie się osób w pewnych sytuacjach (badanie lotników, szoferów), 2) testy syntetyczne analogiczne

(badanie kolejarzy), 3) testy analityczne (badanie uwagi, czasu reakcji zręczności i t. d), 4) testy nie stojące w żadnym stosunku do przeprowadzanej próby, np. zdolność zawodowa naklejaczy plakatów, a test rekonstrukcji bryły, 5) testy zawodowe, 6) testy ściśle psychologiczne.

Omawiając sprawę wyboru zawodu, autor przytacza doskonały przykład człowieka nie nadającego się do różnych działów pracy nawet w ramach jego specjalności. Mowa jest o inżynierze mechaniku. To samo można powiedzieć o wielu specjalnościach, również i o lekarzu; dobry pedjatra rzadko będzie dobrym chirurgiem, lub odwrotnie. Ginekolog ucieka do psychjatrji, psychatra czuje się nieswojo w ginekologji.

Po sferze somatycznej, obejmującej jeden podrozdział, umieszczono kilka podrozdziałów o reakcji organizmu, o spostrzegawczości, orjentacji, i dopiero po nich następuje podrozdział „sfera duchowa". Poprzednie działy powinne być umieszczone w sferze psychicznej, gdyż stanowią one integralną część życia psychicznego, bądź też zależą od pewnej konstytucji psychicznej.

W sferze duchowej [lepiej nazwać ją sferą psychiczną] porusza autor różne czynności psychiczne i przechodzi do obszernego rozdziału: Badania psychologiczne.

W dziale o czynności (psychofizycznej aktywności — nazwa niezbyt szczęśliwie dobrana, może lepiej — sfera psychoruchowa) autor przytacza szereg takich cech jak upór, energja, podatność i t. p., które należałoby podzielić na dwie przeciwstawne sobie grupy np.: upór — podatność. Do szeregu tych cech możnaby dodać i inne np. stanowczość — chwiejność, ruchliwość — bezczynność, pracowitość — lenistwo i t. p.

Sferę emocjalną, jak pisze autor, lepiej nazwać sferą afektywną, gdyż emocjalność (emocja) wchodzi w skład sfery afektywnej i jest jednym ze stanów afektywnych.

W rozdziale o badaniach psychologicznych autor często wspomina o warszawskiej pracowni psychotechnicznej przy Patronacie nad polską młodzieżą rzemieślniczą, podkreślając, że jest to jedna z największych w Europie. Zwiedzenie pracowni powinno leżeć w interesie każdego lekarza, zajmującego się bliżej psychologją. W pracowni tej można też zobaczyć wiele przyrządów polskich jak np. psychogolwanometr Abramowskiego, przyrząd do badania kolejarzy inż. Hauszylda, przyrząd do badania czasu reakcji p. Macewicza i wiele innych pomysłu Pracowni.

Autor „Wykładów“ podaje dokładne opisy przyrządów i metod stosowanych w psychotechnice. Opisy te ilustruje doskonałemi rycinami. Na podkreślenie zasługuje, że autor nie zapoznaje licznych metod psychologicznych polskich i ilustruje swoje dzieło również rysunkami i tablicami z podręczników i prac polskich. Wprawdzie jest to samo przez się zrozumiałe, że autor polski uwzględnia przedewszystkiem prace polskie, w praktyce jednak nieraz bywa inaczej.

Trudno jest w krótkiem sprawozdaniu omówić wszystkie zdobycze nauki zastosowane w psychotechnice, a przedstawione w wykładach. To też z obowiązku sprawozdawczego pragnę jedynie podkreślić niektóre usterki, które wkradły się do książki, nie umniejszając oczywiście jej wartości.

Na str. 77, omawiając spostrzegawczość i sferę odczuwania, mówi autor, że hutnik nabierając szkło przez *uczucie* ocenia jego ciężar. Zapewne przez niedopatrzenie, lub błąd zecerski zostały tu pomieszane pojęcia czucia i uczucia.

Estezjometr brzmi lepiej niż ajstezjometr (str. 105). Na str. 120 zamiast termometr powinno być tremometr, wraz z podaniem wyjaśnienia tego słowa.

Na str. 151 wspomina autor o testach Termana, są one u nas mało znane (omawia je prof. Joteyko i dr. Jaroszyński) i żałować należy, że w wykładach nie zostały umieszczone, razem z metodami obliczeń wieku inteligencji i ilorazu (wskaźnika inteligencji). Zapewne w drugiem wydaniu książki szczegół ten zostanie uwzględniony.

W teście podstawiania liter (str. 156) nie podaje autor, jakie są normy dla tego testu, gdyż wynik idealny 90 punktów wyjątkowo chyba bywa uzyskiwany.

Test kombinacyjny (str. 172) polegający na układaniu nazw zwierząt z przestawionych liter jest stanowczo za trudny i do badań masowych należałoby go zmodyfikować w ten sposób, aby pierwsza litera nazwy zwierzęcia nie była zmieniana. Z tak zmodyfikowanym testem wyniki będą zapewne znacznie lepsze i korelacja z innemi testami kombinacyjnemi większa. Można bowiem mieć wiele zdolności kombinacyjnych a nie wpaść na myśl co oznacza bryliewo, albo jowkródam, lub ldąbiełw (wieloryb, mrówkojad, wielbłąd). Pozatem wyniki powinne być odczytywane procentowo wgl. przedstawione w percentylach.

Część druga książki jest największa i zawiera opisy badań psychologicznych. Autor przytacza ciekawe doświadzenie z pracowni psychotechnicznej przy Państwowej Szkole Budownictwa: badanie polegało na wyginaniu drucików na wzór pewnych figurek Okazało się, że chłopcy smukli wydłużali figurki, krępi czynili je szerszemi, co wskazuje, jak pisze autor, na podświadome kształtowanie wytwarzanego przedmiotu zgodnie z konstrukcją fizyczną badanych. Fakt powyższy ważny jest niewątpliwie jako ciekawy przyczynek do teorji psychofizycznych konstrukcji Kretschmera i spotyka się, na co zwraca uwagę autor, również wśród malarzy i rzeźbiarzy.

Część trzecia książki poświęcona jest obserwacji człowieka przy pracy.

W końcu omawia autor sprawy korelacji i podaje kilka ciekawych profili psychologicznych w zastosowaniu do psychotechniki.

Wreszcie na ostatniej 264 stronie znajduje się tablica porównawcza błędów w ocenie kandydata, popełnionych przez praktyka i przez psychotechnika. W pierwszym przypadku błędna ocena dotyczy aż około 65% osobników, w drugim zaledwie 3%.

„Zupełny brak zainteresowania problemami psychologicznymi wśród ludzi zajmujących odpowiedne stanowisko pogłębia jeszcze bardziej niedolę podwładnych im urzędników i chaos administracyjny". Jest to jedno z końcowych zdań wykładów i niepodobno odmówić mu słuszności.

Pragnę jeszcze raz zaznaczyć, że przestudjowanie wykładów przyniesie rzetelną korzyść czytelnikowi, a szczególnie psychjatrzy powinni się z niemi dobrze zaznajomić.

K. MIKULSKI.

PAŃSTWOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY W KOBIERZYNIE

SPRAWOZDANIE

ZA ROK 1928

Opracował DR. WŁADYSŁAW STRYJEŃSKI.

Przepełnienie Zakładu nie zmniejszyło się w roku sprawozdawczym. Ilość przyjętych chorych zmalała wprawdzie w porównaniu z poprzednim rokiem, jednak nie było możliwe wypisać chorych w dostatecznej ilości. By zapobiec dalszemu przepełnieniu, Zakład zmuszony był ograniczyć przyjmowanie chorych prawie wyłącznie do chorych, pochodzących z Województwa Krakowskiego (87%), kierując się ponadto przy przyjmowaniu chorych do Zakładu przedewszystkiem względami na bezpieczeństwo publiczne, co oczywiście nie jest kryterjum lekarskiem.

Ruch chorych w roku sprawozdawczym przedstawia się jak następuje:

TABLICA I.

Ruch chorych w r. 1928.

	m.	k.	razem
Było chorych w końcu r. 1927	547	362	909
przyjęto w r. 1928	228	183	411
razem leczono w r. 1928 . . .	775	545	1320
wypisano „ „	243	182	425
pozostało na r. 1929	532	363	895

TABLICA II.

Przyczyny zejść śmiertelnych.

Przyczyna śmierci	mężczyźni	kobiety	Razem
Pneumonia	10	2	12
Gangraena pulmonum	1	2	3
Vitium cordis, arteriosclerosis etc	9	—	9
Peritonitis	—	1	1
Cholecystitis purul.	—	1	1
Haemorrhagia gastro-intest.	1	—	1
Tbc. pulmonum et aliorum organorum	14	12	26
Dysenteria	—	2	2
Sepsis, pyaemia	6	5	11
Razem	41	25	66

TABLICA III.

Podział podług rozpoznania.

Rodzaj choroby	pozostało z r. 1927		przybyło w r. 1928		wypisano w r. 1928		pozostało na r. 1929	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Niedorozwój umysłowy	26	26	5	9	9	5	22	30
Psychopatja ustrojowa	10	3	10	1	10	1	10	3
Padaczka	47	17	15	2	17	6	45	13
Zaburzenia psych. po urazach i przy cierp. mózgu ognisk.	2	4	1	5	2	4	1	5
Psych. na tle miażdż. i przemian wsteczn. w wieku podeszłym	11	18	4	5	8	9	7	14
Psych. pochodz. zakaźnego	—	1	1	1	1	2	—	—
Zaburzenia psych. pośpiączkowe	8	5	3	1	4	4	7	2
Zaburz. psych. przy zatruciach zewnątrzpochodnych	13	—	3	4	13	2	3	2
Zaburz. na tle zatruć wewnątrz-pochodn.	—	—	—	—	—	—	—	—
Porażenie postępujące	40	9	22	7	23	5	39	11
Inne psychozy kiłowe	1	—	—	1	—	—	1	1
Schizophrenja	377	272	146	136	133	133	390	275
Paranoia i paraphrenia	1	—	1	—	1	—	1	—
Psych. m.-depr.	2	7	8	9	7	9	3	7
Psych. reaktywne	8	—	6	1	11	—	3	—
Przypadki inne i nierozpoznane	1	—	1	—	2	—	—	—
Sine morbo	—	—	2	1	2	1	—	—
razem	547	362	228	183	243	182	532	363

Z chorych przyjętych w roku sprawozdawczym pochodzi: 80% z Województwa Krakowskiego, 16% z innych województw małopolskich, 6% z Województwa Kieleckiego.

Z chorych przyjętych 36% było leczonych już poprzednio w Zakładzie w Kobierzynie.

TABLICA IV.

Wypisano w roku sprawozdawczym:	m.	k.	razem
Jako wyleczonych	7	2	9
Sine morbo	2	—	2
Z poprawą	78	69	147
Bez poprawy	95	70	165
Przeniesiono do innych szpitali	20	16	36
Zmarło	41	25	66
ogółem ubyło	243	182	425

W roku sprawozdawczym było:	u mężcz.	u kobiet	razem
Dni pracy	81.135	48.438	129.573
Kąpieli przedłużonych	3.093	4.125	7.218
Koców	303	139	442
Odosobnień	645	241	886
Leków nasennych (doustnie)	100	39	139
„ „ (dożylnie)	172	84	256

Zbiegło w roku sprawozdawczym 4 chorych. Z objawami czerwonki zachorowało 7 osób, z tych zmarły 2. Róży było 4 przypadki. Było kilka przypadków poważniejszych uszkodeń: złamanie mostka, złamanie 2 żeber, złamanie uda na skutek upadku pęknięcie szczęki na skutek upadku z łóżka; pozatem, były wypadki drobniejszych okaleczeń przy bójkach, napadach epileptycznych, biciu szyb itp.

Chorzy pracują: na roli, w warsztatach (które rozwijają się pomyślnie), zwłaszcza w introligatorni, koszykarni, w warsztatach tkackich, oraz na oddziałach. Drukarnia zakładowa wykonała w roku sprawozdawczym 32.880 różnych druków, 550 sztuk widokówek i 500 sztuk „dzienniczka“ ilustrowanego. Kobiety poza pomocą na oddziałach zatrudnione były w kuchni, zajmowały się robótkami ręcznemi i szyciem nowej bielizny i ubrań.

Ruch personelu pielęgniarskiego przedstawia sie następująco: Pozostało z roku poprzedniego 141 (61+80), przybyło 87(47+40), ubyło 78 (44+34), pozostaje na r. 1929 150 (64+86).

W końcu roku sprawozdawczego pracowało w Zakładzie 6 lekarzy i 3 absolwentów medycyny.

12 listopada 1929 roku zmarł ś. p. Dyrektor Zakładu Juljusz Morawski; kierownictwo Zakładu objął Dr. W. Stryjeński.

TABLICA V.

A. Dochody.

Dotacje Tymczasowego Wydziału Samorządowego we Lwowie	713.129.40	zł
Opłaty za leczenie chorych	620.706,38	„
Dochody z przedsiębiorstw	19.901.78	„
Różne	20.549,22	„
razem	1.374.286,78	zł

B. Wydatki.

Wydatki osobowe	548.783,57	zł
Żywienie chorych	365.798,66	„
Opał, światło, woda, konserwacje	260.398,78	„
Odzież, bielizna, obuwie, pościel	105.196,55	„
Leki, środki opatrunkowe i dezinfekcyjne	10.560,53	„
Wydatki administracyjne etc.	98.568,57	„
razem	1.389.306,66	zł

Streścił MAKOWSKI.

ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY W LUBLIŃCU

Dyrektor DR. EMIL CYRAN

SPRAWOZDANIE

ROK 1. 4. 1928 — 31. 3. 1929.

Podał Prymarjusz Zakładu DR. M. SIEMIONKIN.

W roku sprawozdawczym Zakład mieścił się w tych samych budynkach, co i w roku poprzednim. W roku ubiegłym poza dyrektorem Zakładu Dr. E. Cyranem stale urzędowali: prym. Dr. M. Siemionkin, ordynatorzy — Dr. K. Marxeni, Dr. Fr. Bardzik, asystenci — Dr. J. Ratajska i Dr. A Rezacz. 1. 9. 1928 r. wstąpił ponownie do służby jako ordynator Dr. W. Ratka, który od 1. 1. 1929 r. został mianowany prymarjuszem Zakładu. W miesiącach letnich zatrudniony był słuchacz med. uniwersytetu poznańskiego kol. Z. Czechanowski.

Personel biurowy składał się z 1 sekretarza, 1 pomocnika, 1 stenotypistki, 1 intendenta, 1 pom. intendenta, 1 zarządcy, 1 kasjera, 1 likwidatora, 1 księgowego, 1 pom. kasowego i 1 woźnego. Oprócz tego zatrudniano w roku ub. stale 2 uczni biurowych bez poborów.

W roku ub. pism z biura wyszło 11,532. Łóżek etatowych Zakład posiada 920; przy pewnem ściśnieniu Zakład mógłby pomieścić do 1000 chorych.

Personel pielęgniarski w roku sprawozd. składał się z 128 osób: 76 mężczyzn i 52 kobiety, do tej liczby włączeni są 2 nadpielęgniarze i 2 nadpielęgniarki. Personelu, który złożył egzamin z pielęgniarstwa, pracowało 50, z tego mężczyzn 29, kobiet 21. Personelu technicznego — 21, administracyjno-gospodarczego poza biurem — 10, z podziałem następującym: 5 w kuchni, 1 w pralni 3 uczni ślusarskich, 1 kontr. rzemieślnik. W pralni z otwarciem Domu Pracy Przymusowej pracują korygendki przy jednej kierowniczce na etacie zakładowym.

W roku sprawozdawczym było stabilizowanych: 3 lekarzy, 8 urzędników administracyjnych, 25 pielęgniarzy, 13 pielęgniarek, 12 personelu technicznego.

Odżywianie chorych podzielone jest na 3 klasy. Ogólna ilość kalorji wahała się w roku sprawozd. między 4200-4500 kal. Skonsumowano w roku spraw. mięsa 67,783,545, masła 2.475,275, innego tłuszczu 11,652,700, chleba 343,224,000, kartofli 622,650.000,

jarzyn rozmaitych 110,287,785, mleka 98,382 ltr. Przeciętna ilość konsumentów w roku spraw. wynosiła 900 osób.

Powierzchnia ogrodu zakładowego wynosiła 5,5 ha. Produkcja ogrodowa w roku ub. całkowicie zaspokoiła potrzeby zakładowe.

Służba pielęgniarska odbywała się w tym samym trybie jak i w roku poprzednim.

Ilość warsztatów zakładowych w roku spraw. zmniejszyła się, ponieważ warsztat tkacki przeniesiony został do Domu Pracy Przymusowej, aczkolwiek tam stale pracowało 2 chorych mężczyzn. Taksamo jak i w roku poprzednim chorzy brali udział w różnorodnych pracach. W roku spraw. wyłącznie przez chorych pod kierownictwem pielęgniarzy-fachowców został zbudowany tartak zakładowy i zmontowane potrzebne maszyny. Tartak obecnie jest w ruchu, gdzie również pracują chorzy. Wszyscy chorzy pracujący otrzymują dodatki w postaci kiełbasy, chleba, tłuszczu i tytoniu. Pracowało chorych w roku spraw. przeciętnie 65 70%.

Od 1. kwietnia 1928 r. zaczęła funkcjonować własna apteka. Wszystkie potrzebne środki lecznicze sprowadzane są w większych ilościach z apteki w mieście, z których na miejscu przygotowuje się lekarstwa według przepisów lekarskich. Apteka zaopatrzona jest obficie i posiada oprócz zwykłych farmakologicznych środków propidon, digalen, organopreparaty itp. Apteką zarządza Dr. A. Rezacz, który również przygotowuje lekarstwa. W roku spraw. ogółem wydano lekarstw 1200, z tego: mikstur 212, nalewek, roztworów i inn. 912, maści i past 85, pojedyńczych proszków 2890. Materjału opatrunkowego wydano 81 razy, z tego: waty 7,5 kg, ligniny 30 kg, gazy 130 mtr. Urządzenie własnej apteki dało możność zaoszczędzenia dość pokaźnej sumy (przeszło 4000.— zł). W roku spraw. w miesiącu lutym ukończono laboratorjum anatomo-patologiczne i bakterjologiczne.

W roku ubiegłym kontynuowano w dalszym ciągu leczenie porażenia postępującego malarją. Leczonych malarją było 37, z tego 31 mężczyzn i 6 kobiet. Wynik leczenia był następujący: zmarło 5 mężczyzn i 2 kobiety, pozostało bez poprawy 8 mężczyzn, z nieznaczną poprawą 12 mężczyzn i 1 kobieta, ze znaczną poprawą 6 mężczyzn i 3 kobiety. Nakłuć lędźwiowych zrobiono 109. Reakcje białkowe płynu mózgowo-rdzeniowego robiły się na miejscu, na odczyn zaś Wassermanna i Goldsol wysyłało się do Śląskiej Prosektury w Cieszynie.

Wobec chorych stosowało się wszelkie możliwe leczenie farmakologiczne i organo-terapeutyczne bez ograniczenia. Krępujących środków, jak kaftanów, kocowania czy to wilgotnego, czy suchego, nie stosowało się wcale; nasenne środki podawano tylko w razie koniecznej potrzeby i to w ograniczonych ilościach; brom stosowano przeważnie u epileptyków, niekiedy również u podnieconych chorych. W przypadkach parkinsonizmu przeprowadzono leczenie zastrzykami skopolaminy. Bardzo często stosowano kąpiele przedłużone do 5—7—9 godzin. Kąpieli przedłużonych ogółem dano 4640. Zabiegów odosobniających urządzono 121, przyczem przeważnie na krótki okres czasu od 2—3 godzin. Samowolnie oddaliło się 8 pacjentów (7 mężczyzn i 1 kobieta); 5 z nich przyprowadzono z powrotem bez jakichkolwiekbądź następstw. 3 do Zakładu nie powróciło. Z apteki wydano ogółem środków nasennych: skopolaminy 0.275, morfiny — 5,8, trionalu — 15,0, weronalu — 47,0, paraldehydu — 560,0, bromu (natr., kal., amon.) 13,854.

Dział dentystyczny, jak i w latach poprzednich, prowadziła lekarka Zakładu Dr. Marxen. Wykonano: ogólnych zabiegów dentystycznych 397, zaplombowano 63 zębów, usunięto — 147 zębów, innych czynności dentystycznych — 187.

Dla rozrywki chorych urządzono wieczorki taneczne z udziałem własnej orkiestry zakładowej bądź na otwartem powietrzu, bądź w zamkniętem pomieszczeniu. W wrześniu ub. roku urządzono Dożynki dla chorych. Jak zwykle w takie i podobne uroczystości wydaje się chorym dodatkowe pożywienie w postaci placków, kiełbasy, owoców itp. Dla użytku chorych są 2 pianina na męskiej i żeńskiej stronie, prócz tego na męskiej stronie są harmonja, skrzypce, flety, na żeńskiej zaś mandoliny.

W roku spraw., jak i w latach poprzednich, odbywały się kursy dla personelu pielęgniarskiego z tą różnicą, że w roku ubiegłym lekarze zakładowi wykładali także przedmioty ogólno-kształcące. Dr. Bardzik wykładał anatomję i fizjologję, Dr. Marxen — choroby zakaźne i higjenę, Dr. Ratka — opatrunki i pierwszą pomoc, Dr. Siemionkin — psychjatrję, Dr. Ratajska — język polski i literaturę, Dr. Rezacz — geografję, historję i ustrój społeczny (ostatni ujął wykłady swoje w specjalnie w tym celu wydrukowaną broszurę). Kurs trwał przez 6 miesięcy. Egzamin z udziałem komisji wojewódzkiej wyznaczony jest na 31. maja 1929 r.

W roku sprawozdawczym oprócz codziennej konferencji, na której omawiało się różne sprawy bieżące, dotyczące spraw lecz-

niczych i administracyjno-gospodarczych Zakładu, odbywały się konferencje naukowe, na których demonstrowało się chorych i wygłaszano referaty. Posiedzeń naukowych odbyło się 16, referatów wygłoszono przez lekarzy 15, demonstrowano 10 chorych. Jeden ze swoich referatów Dr. Rezacz ogłosił drukiem w Gazecie Lekarskiej pod tytułem: „Wytrzebianie i wyjałowanie psychicznie chorych i osobników mniejwartościowych".

Obowiązek dokonywania sekcyj należał do Dr. Rezacza. Sekcji protokułowanych wykonano 15.

Bibljoteka zakładowa powiększyła się o 217 egzemplarzy beletrystyki i 87 książek naukowych, nabytych w roku ubiegłym. Obecnie stan bibljoteki przedstawia się następująco:

naukowych książek polskich	144
„ „ niemieckich	513
beletrycznych książek polskich	1343
„ „ niem.	1268
Razem:	3268

W roku ubiegłym prenumerowano:

1) Nowiny Psychjatryczne,
2) Nowiny Lekarskie,
3) Polską Gazetę Lekarską,
4) Lekarza Wojskowego,
5) L'Encéphale,
6) Revue Neurologique,
7) Presse Médicale,
8) Medizinische Klinik,
9) Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift.
10) Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,
11) Zentralblatt „ „ „ „ „
12) Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie,
13) „ „ Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform,
14) Fortschritte der Psychiatrie.

Bibljoteką zarządza Dr. Marxen, czasopismami lekarskiemi Dr. Bardzik.

Produkcja warsztatów zakładowych przedstawia się następująco:

Szwalnia żeńska dostarczyła	4849	sztuk,
Warsztat krawiecki:	299	„
Warsztat szewski	214	„
Warsztat siodl. - tapic. - kosz. - szczot.	1294	„
Betoniarnia:	4131	„
Introligatornia:	939	„

Wśród innych drobnych prac warsztatu introligatorskiego zrobiono 65 bloków różnej wielkości i 10 tek do akt.

W roku sprawozdawczym wykonano, względnie rozpoczęto lub ukończono, prace następujące:

1) wybudowano nową stodołę polną,
2) urządzono centralne ogrzewanie wodne w domu administracyjnym,
3) postawiono nową szafę telefoniczną w centrali zakładowej,
4) postawiono i zmontowano tartak,
5) naprawiono dom mieszkalny na folwarku,
6) zbudowano nowy gnojownik,
7) urządzono klarownię wody dla kotłów,
8) skanalizowano rów młynarski,
9 przeprowadzono wodociąg do domu pielęgniarzy na tak zw. „Górkach“,
10) odrestaurowano całkowicie i położono miejscami nowe linoleum w całym nowym bloku na stronie męskiej,
11) usunięto mur ogrodowy przy nowym bloku na męskiej stronie i rozpoczęto budowę parkanu z siatki drucianej na betonowej podstawie z takimiż słupami,
12) rozpoczęto parkan drewniany na podstawie betonowej z takimiż słupami naokoło domu lekarskiego i domów urzędniczych,
13) rozpoczęto urządzenie stawu rybnego,
14) rozpoczęto urządzenie do czyszczenia ścieków (system „Oms“),
15) zrobiono boksy dla trzody chlewnej naokoło chlewów. —

Wszystkie prace z wyjątkiem znajdujących się pod nrnr. 2, 3, 10 i 14 wykonano we własnym zakresie z udziałem chorych; w innych pracach chorzy brali również czynny udział, roboty zaś murarskie i ziemne były wykonane wyłącznie przez chorych pod kierownictwem pielęgniarzy-fachowców.

Koszty utrzymania chorych wynosiły w roku ubiegłym:

dla Województwa Śląskiego:

prywatni	I.	klasa	11.—	zł. dziennie
	II.	„	7.—	„ „
	III.a	„	5.—	„ „
ubodzy	III.b	„	4,50	„ „

dla innych Województw:

prywatni	I.	klasa	12.—	zł. dziennie
	II.	„	9.—	„ „
	III.a	„	5.50	„ „
ubodzy	III.b	„	5.—	„ „

Własne koszta odżywienia chorych w roku spraw. wynosiły:

I. klasa	3,75 zł.	dziennie
II. „	2,08 „	„
III. „	1,75 „	„

Przy zakładzie urządzono ochronkę - przedszkole dla dzieci funkcjonarjuszy zakładowych w wieku od 3—6 lat. Ogólna liczba dzieci w ochronce wynosiła 48, z tego chłopców 28 i dziewczynek 20. Czas zajęć trwa przez 4 godziny dziennie. Zajęcia są następujące: rysunki, modelowanie, wyplatanki, wycinanki, składanki, przeplatanki, szarpanki itd. Kierowniczką jest freblanka p. St. Dobrzańska na etacie Wydziału Oświecenia Publicznego Województwa Śląskiego.

STATYSTYKA.

TABL. 1. Ruch chorych.

	mężczyzn	kobiet	razem
było	441	350	791
przyjęto	234	147	381
wypisano	181	96	277
zmarło	28	29	57
zostało	466	372	838

Ogólna liczba dni szpitalnych za rok ubiegły wynosiła 287,703; przeciętnie na 1 chorego przypada 247 dni. Podwójna prawie liczba wypisanych mężczyzn w porównaniu z kobietami tłomaczy się tem, że do Zakładu przyjmowano na obserwację nie tylko przypadki sądowe, lecz w przeważnej ilości przypadki, dotyczące spraw inwalidztwa i rent z Zakładów Ubezpieczeniowych. Sądowych obserwacyj było 14 (13 mężczyzn 1 kobieta), ubezpieczonych zaś 86.

TABL. 2. Przyjęcia według miesięcy.

miesiąc	mężczyzn	kobiet	razem
kwiecień	23	10	33
maj	23	10	33
czerwiec	24	22	46
lipiec	15	15	30
sierpień	21	13	34
wrzesień	13	4	17
październik	14	15	29
listopad	22	14	36
grudzień	9	10	19
styczeń	19	13	32
luty	22	3	25
marzec	29	18	47

Tabl. 3) Stan chorych według stanu rodzinnego.

	mężczyzn	kobiet	razem
kawaler (panna)	335	250	585
żonaty (zamężna)	310	213	523
wdowiec (wdowa)	29	32	61
rozwiedziony (a)	1	2	3

Tabl. 4) Według wyznania.

	mężczyzn	kobiet	razem
katolickiego	647	470	1117
ewangielickiego	11	6	17
mojżeszowego	17	21	38

Tabl. 5) Według zawodu.

zawód	mężczyzn	kobiet	razem
rolników	20	—	20
robotników	235	147	382
górników	60	—	60
rzemieślników	112	9	121
urzędników	26	2	28
nauczycieli	3	2	5
kupców	19	—	19
bez zawodu	200	337	537

Tabl. 6) Według wieku.

wiek	mężczyzn	kobiet	razem
10 — 20 lat	35	21	56
20 — 30 „	239	125	364
30 — 40 „	206	210	416
40 — 50 „	111	78	189
50 — 60 „	45	39	84
60 — 70 „	32	16	48
70 — 80 „	7	8	15

Tabl. 7) Według miejscowości.

miejscowość	mężczyzn	kobiet	razem
pow. lubiniecki	17	7	24
„ tarnogórski	51	59	110
„ świętochłowicki	290	180	470
„ katowicki	140	125	265
„ pszczyński	30	12	42
„ rybnicki	7	8	15
miasto Królewska Huta	44	32	76
„ Katowice	58	41	99
Wojew. Kieleckie	38	27	65
„ Białostockie	—	1	1
„ Krakowskie	—	1	1
„ Lwowskie	—	1	1
„ Łódzkie	—	3	3

Tabl. 8) Wypisano według miesięcy:

miesiąc	mężczyzn	kobiet	razem
kwiecień	19	7	26
maj	17	6	23
czerwiec	19	10	29
lipiec	18	7	25
sierpień	17	10	27
wrzesień	20	10	30
październik	14	9	23
listopad	15	5	20
grudzień	8	9	17
styczeń	4	7	11
luty	10	8	18
marzec	20	8	28

Ilość dni pracy wynosi: u chorych mężczyzn 80.958 dni, u chorych kobiet 58.269 dni.

TABLICA 9.

Według rozpoznania.

Rozpoznanie	pozostali z r. 1927/28		przybyli w r. 28/29		ogółem leczono w r. 28/29		wypisano w r. 28/29		pozostaje na rok 1929/30	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Psych. traumaticae	1	6	2	15	3	21	2	16	1	5
Psych. ex intox. interna	—	3	—	7	—	10	—	3	—	7
Psych. ex intox. externa	7	—	11	—	18	—	6	—	12	—
Psych. ex laesione cer. org.	1	1	5	—	6	1	4	1	2	—
Psych. ex infect. chronica (Parkinsonlmus, P. P., Taboparalysis)	30	7	43	10	73	17	30	9	43	8
Psych. ex involut. regressiva (Arteriosclerosis, Dem. sen., Dem. praesenilis)	10	10	10	4	20	14	10	8	10	6
Schizophrenia	229	186	71	65	400	251	68	48	302	203
Psych. maniac. - depr.	4	19	6	4	10	23	4	6	6	17
Psych. epilepticae	52	40	24	13	76	53	27	10	49	43
Psych. hystericae	—	7	16	14	16	21	16	13	—	8
Psychopathia const.	4	—	10	—	14	—	12	—	2	—
Oligophrenia	32	73	16	12	48	85	10	10	38	75
Bez zaburzeń psychicznych:										
Neurasthenia	1	—	8	1	9	1	9	1	—	—
Neurosis traum.	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—
Tumor cerebri	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—
Tabes dorsalis	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—
Syringomelia	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—
Paral. agitans	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—
Dystrophia musc. progress.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—
Zdrowi	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—

TABLICA 10.
Stan ilościowy chorych.

	m.	k.	razem
Pozostało z roku 1927/28	441	350	791
Przybyło w r. 1928/29	234	147	381
Leczono ogółem w r. 1928/29	675	497	1172

Ubyło w r. 1928/29	m.	k.	razem			
zwolniono	179	95	274			
oddaliło się . . .	2	1	3			
zmarło	28	29	57	209	125	334
Pozostało na rok 1929/30				466	372	838

TABL. 11. Choroby fizyczne.

	M.	K.		M.	K.
Bronchopneumonia . . .	2	—	Luxatio mandibulae . . .	—	1
Bronchitis acuta	4	2	Herpes zoster.	1	—
„ chron.	1	—	Erysipelas	7	15
Pleuritis sicca	2	—	Lymphadenitis	1	—
„ exsudativa	2	—	Lymphangoitis	2	—
Pneumonia crouposa . .	2	2	Rheumatismus musc. . .	1	—
Tbc. pulmonum	19	17	Abscessus.	18	10
Vitium cordis	3	4	Carbunculus	7	—
Enteritis acuta	13	5	Furunculosis	18	11
Dyssenterja	—	3	Panaritium	14	9
Gastroenteritis	2	—	Phlegmona	3	5
Obstipatio habitualis . .	—	2	Malaria artefacta	31	6
Tbc. intestini	—	1	Marasmus ex inanitione . .	—	1
Nephritis chronica . . .	1	1	Status epilepticus	2	6
Carcinoma ventriculi . .	2	1	Influenza	9	60
Appendicitis	3	1	Scabies	6	1
Orchitis luetica	1	—	Phlebitis	1	—
Tbc. mediastini	—	1	Trombophlebitis	—	1
Chlorosis	—	1	Tendovaginitis	—	1
Anaemia perniciosa . . .	1	—	Contusio	5	5
Angina	4	18	Combustio	2	6
Conjuctivitis chron. . . .	—	3	Decubitus	2	—
Dacryocystitis purul. . . .	1	—	Ulcus cruris	2	—
Hordeulum	1	3	Vulnera varia	19	15
Keratoconjunctivitis etc. . .	—	1	Fracturae	3	4
Trachoma	—	1	Partus (legalis)	—	1
Oedema palpebrarum. . .	—	4			
Otha ematoma	1	—			
Hemorrhagia cerebri . . .	1	1			
Highmoritis	1	—			
Stomatitis	—	5			

Z ogólnej liczby gruźlików z otwartą gruźlicą abscesy, panaricja i furunkuloza zdarzały się przeważnie wśród chorych, pracujących poza oddziałem. Marasmus ex inanitione stwierdzono u chorej nowo przyjętej, któ a nie jadła przez czas dłuższy poza Zakładem, i po 10 dniach pobytu w Zakładzie umarła. Dokonano operacji: 3 appendektomje i 1 hernia incarcerata. Fraktury przeważnie po-

chodziły z upadku czy to w napadzie epileptycznym, czy to podczas stanu podniecenia. Dwa wypadki decubitus stwierdzono u chorego na porażenie postępujące.

Tabl. 12. Przyczyny śmierci.

	M.	K.		M.	K.
Tbc. pumonum	4	5	Gangraena pulmonum . .	1	—
Pneumonia croup. . . .	1	2	Hemorrhagia cerebri . .	1	3
Adynamia m. cordis . .	4	5	Tbc. intestinalis	—	1
Myocarditis chron. . . .	1	—	„ mediastini	—	1
Paralysis progress. . . .	8	3	Marasmus	—	2
Marasmus senilis . .	3	4	Influenza	—	1
Suicidium	1	—	Erysipelas	—	1
Carcinoma ventr.	2	—	Dysenteria	—	1
Status epilept.	2	—			

Samobójstwo zostało popełnione przez powieszenie się chorego, cierpiącego na paraliż postępujący. Powieszenie się na szelkach powstało skutkiem niedbalstwa pielęgniarzy, których wina została udowodniona.

Tabl. 13. Zmarło według miesięcy:

miesiąc	mężczyzn	kobiet	razem
kwiecień	2	3	5
maj	1	2	3
czerwiec	1	1	2
lipiec	—	4	4
sierpień	3	2	5
wrzesień	3	3	6
październik	—	3	3
listopad	5	5	10
grudzień	3	3	6
styczeń	3	1	4
luty	1	—	1
marzec	6	2	8

Tabl. 14. Ruch personelu.

	było	przyjęto	zwolniono	stan
lekarze	6	1		7
praktykanci		1	1	
urzędnicy admin.	10	2	1	11
person. sanitarny				
a) męski	68	15	7	76
b) żeński	54	8	10	52
person. techniczny	22	2	3	21
„ kuchni	5	1	1	5
„ pralni	1			1
kontr. rzemieślnik	1	1	1	1

Sprawozdanie kasowe.

A. Zakład.

1) Ogólna suma dochodów	2.068.643,63
2) „ „ rozchodów	1.691.121,42
Remanent kasy	377.522,21
Remanent kasowy podzielony został na dokończenie rozpoczętych robót i na inwestycje Zakładu	56.000,—
Na budowę nowej cegielni Wojew. Śląskiego	321.522,21
Razem	377.522,21

Kwota 321.522,21 powinna być zwróconą Zakładowi przez cegielnię cegłami.

B. Gospodarstwo rolne.

1) Ogólna suma dochodów	253.845,15
2) „ „ rozchodów	208.303,62
Czysty zysk	45.541.53
Na zakupienie traktora przeznaczono	27.800,—
Na remuneracje	1.850,—
Czysty zysk przelano na poz. 14 dochodów zakładu	17.691,53
Razem:	45.541,53

Dochody Zakładu.

a) zwyczajne.

1.	Zwrot kosztów za dostarczenie wody obcym oraz za prace ślusarskie	25.483,22
2.	Różne: darcie pierza, odsetki, koszta pogrzebowe i inne	15.407,30
3.	Zwrot kosztów utrzymania chorych i zwrot przez personel i korygendów kosztów wyżywienia	1.375 332,10
4.	Dochody z warsztatów dla personelu	8.356,02
5.	Dochód z ogrodnictwa i trzody chlewnej	46 381,83
6.	Czysty zysk z gospodarstwa rolnego	17.691,53
	Dochody zwyczajne razem:	1.488.652,—

b) nadzwyczajne.

1.	Pozostałość kasowa z roku spraw. 1927/28	225.762,63
2.	Dodatkowe kredyty inwestycyjne Wojew. Śl.	292.000,—
3.	„ „ na wydatki osobowe	62.229,—
	Dochody nadzwyczajne razem:	579.991,63
	Dochody Zakładowe zwyczajne i nadzwyczajne razem:	2.068.643,63

Rozchody Zakładu.

a) zwyczajne.

1.	Uposażenia służbowe	547.216,56
2.	Inne wydatki osobowe	35,622,13
3.	Podróże służbowe	3.102,68
4.	Środki lokomocji	10.976,60
5.	Pomieszczenie, opał, światło, utrzymanie porządku, ubezpieczenie, konserwacja, drobny remont itp. . . .	142.185,98
	do przeniesienia	739.103,95

	z przeniesienia	739.103,95
6.	Wydatki biurowe i zakup książek dla bibljoteki	11.002,32
7.	Inne wydatki, jak koszta pogrzebowe, tytoń dla chorych, koszta bankowe itp.	15.180,75
8.	Remont i konserwacje budynków	27.550,62
9.	Koszta utrzymania chorych i personelu: żywienie, leczenie, ubranie, bielizna, pościel itp.	589.444,88
10.	Inwentarz	9.455,15
11.	Gospodarstwo Zakładowe: ogrodnictwo i hodowla trzody chlewnej	15.799,91
12.	Laboratorjum	5.923,44
	Rozchody nadzwyczajne razem:	1.413.461,02

b) nadzwyczajne.

1.	Remont budynków	111.042,01
2.	Budowa nowych budowli	166.618,39
	Rozchody nadzwyczajne razem:	277.660,40
	Rozchody Zakładowe zwyczajne i nadzwyczajne razem:	1.691.121,42

FOLWARK.

Na folwarku znajduje się pawilon dla chorych na 40 osób zatrudnionych tamże.

W roku ub. teren folwarku zmniejszył się o 6,75 ha, ponieważ 0,50 ha roli odstąpiono na ogródki służby folwarczej, 3,75 ha roli i 1,50 ha nieużytków dla cegielni Domu Pracy Przymusowej, 1 ha łąk dla Zakładu. W ten sposób obszar folwarku obecnie wynosi 243,25 ha. Odliczywszy z tego 1,75 ha podwórza i placów, 2,50 ha dróg, 1,50 ha nieużytków i 0,25 ha zagajnika, pozostaje 238,75 ha do użytku rolnego. Na obszar ten składa się 201,50 ha roli ornej, 17,00 ha łąk i 20,25 ha pastwisk. Wydrenowanej jest 198,25 ha roli ornej, a 3,75 ha jest zaopatrzone w irigację z czyszczalni kloacznej Zakładu. 5,50 ha łąk są położone nad rzeczką Lublinicą, z czego 3,00 ha są meljorowane, dające 3 pokosy; reszta łąk daje 2 pokosy. Z 20,25 ha pastwisk jest 1,75 ha naturalnych i 18,50 ha sztucznie założonych, 15 ha wydrenowanych.

Pod zasiew żyta w roku ub. zużyto 62 ha ziemi, kartofli — 39,75 ha, owsa — 32 ha, koniczyny — 22,5 ha. Resztę w ilościach od 2—7 ha zużyto pod zasiew jęczmienia, brukwi, kapusty, marchwi itp.

Zbiory zboża wyrażały się w cyfrach następujących:

Pszenicy	188,—	podw. centnarów
Żyta	1150,—	„ „
Jęczmienia	163,—	„ „
Owsa	788,50	„ „
Ziemniaków	7870,27	„ „
Marchwi, kapusty, buraków, brukwi	5080,70	„ „

Omłot żyta i owsa jeszcze nieukończony.

Rok 1928 zaznaczył się mroźną wiosną i niesłychanie suchem latem, skutkiem czego koniczyna wymarzła, zmniejszyły się zbiory siana łąkowego, kapusty i buraków oraz zbiory siana z koniczyny i paszy zielonej; spadek produkcji mleka, wyschnięcie młodej koniczyny, co się znów bardzo ujemnie odbiło na zbiorach koniczyny w roku 1929. Niebywałe mrozy w lutym r. 1929 zniszczyły 10% ziemniaków zakopanych.

Przemiał we własnym młynie z zapędem elektrycznym wynosił:

żyta	904,15 podw. cent.
pszenicy	167,40 „ „

Folwark posiada obecnie 30 koni i 120 sztuk bydła rogatego, w tem 3 buhaje, 4 woły robocze, 58 krów, 35 jałówek, 20 cieląt. Udój mleka w roku ub. wynosił 116,815 litr.

Czysty zysk folwarku za rok ub., z uwzględnieniem kosztów amortyzacji budynków i urządzeń technicznych, wynosił 65.115,29 zł., czyli 267,69 zł z ha.

W roku sprawozdawczym nabyto:

10 krów
2 wagi dziesiętne
1 siewnik zbożowy
1 aparat do bajcowania zboża siewnego
1 siewnik do koniczyny.

Personel folwarczny w roku ub. pozostawał bez zmian.

Sprawozdanie kasowe.

Dochody folwarku.

1) Sprzedaż ziemiopłodów	120 551,49 zł
2) Mleko i sprzedaż bydła	53 955,67 „
3) Wynajęcie przez Zakład furmanek i wozów	22 628,25 „
4) Młyn*)	52.642,65 „
5) Zwrot przez robotników części składek ubezpiecz. . .	3.218,09 „
6) Różne, jak wynajęcie polowania, kucie koni, naprawa kół, wozów itp.	849,— „
Dochody folwarku razem:	253 845,15 zł

Rozchody folwarku.

1) Administracja	8 418,08 zł.
2) Uposażenie robotników	36.959,01 „
3) Konserwacje budynków	7.265,62 „
4) Inwentarz martwy	8.857,78 „
5) Konie	3.465,01 „
do przeniesienia	64 965,50 „

*) Młyn prowadzi osobne rozliczenie.

	z przeniesienia	64 965,50 zł
6)	Opał, światło i materjały magazynowe	7 970,76 „
7)	Nawozy sztuczne	35.303,01 „
8)	Ciężary publiczne	799,08 „
9)	Kupno niektórych nasion do zasiewu	6.091,02 „
10)	Wydatki bieżące na utrzymanie bydła i konserw obory	34 886,85 „
11)	Młyn — konserwacja i kupno zboża	57 854,07 „
12)	Różne	433,33 „
	Rozchody Folwarku razem:	208.303,62 zł.

KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY DZIEKANKA.

SPRAWOZDANIE

ZA ROK 1929/30

(1. 4. 29. — 31. 3. 30 r.).

Zestawił DYREKTOR DR. MED DR. PHIL. AL. PIOTROWSKI.

I. OGÓLNE.

Zakład mieści się we własnych gmachach, położonych w Dziekance, poczta i stacja kolejowa Gniezno. Zakład posiada urządzenie dla 1.128 chorych (na jednego chorego 30 m^3).

Na początku roku sprawozdawczego (w dniu 1. 4. 29) znajdowało się w Zakładzie 1035 chorych, w końcu zaś roku (w dniu 31. 3. 30) 1079 chorych. W opiece rodzinnej przebywało przeciętnie dziennie 49 chorych: 25 mężczyzn i 24 kobiety.

W roku sprawozdawczym leczyło się w Zakładzie dziennie przeciętnie 1056 chorych.

Rewizje: Rewizji Zakładu, Kasy i ekonomji dokonał wyższy radca rachunkowości Arndt (3 x) i wyższy radca krajowy p. Mielcarzewicz (3 x), oraz komisja rewizyjna Sejmiku Wojewódzkiego z p. Starostą Krajowym (1 x).

Personalja; W dniu 8. 4. 1929 wstąpił do służby tutejszego Zakładu lekarz — asystent p. Dr. Zbigniew Tustanowski, w dniu 8. 5. 29 lekarz — asystent p. Dr. Franciszek Ksok, w dniu 1. 7. 29 r. lekarz — asystent Dr. Tadeusz Rajewski, w dniu 7. 1. 30 lekarz — asystent Dr. Bolesław Rosenblum, w dniu 1. 3. 30 Dr. Wacław Bibrowicz. Opuścili służbę: w dniu 15 5. 29 lekarz—asystent Dr. Henryk Zajączkowski, powołany na stanowisko kierownika Lecznicy dla Alkoholików w Świacku pod Grodnem, w dniu 31. 7. 29 lekarz — asystent Dr. Franciszek Ksok, w dniu 21. 8. 29 lekarz — asystent Dr. Zbigniew Tustanowski, w dniu

12. 10. 29 prymarjusz Dr. Oskar Bielawski, przesiedlony do Kościana jako p. o. (pełniący obowiązki) dyrektora aż do odwołania (zarządz. Star. Kraj. w Poznaniu z dnia 15. paźdz. 1929, L. dz. 4373/29 — Osb.), w dniu 7. 11. 29 kand. med. Brunon Jesionowski oraz w dniu 15. 12. 29 lekarz — asystent Dr. Tadeusz Rajewski.

Zmiana młodszego personału pielęgniarskiego pomocniczego i posługującego wynosiła, w stosunku do stanu z dnia 31. 3. 29 - 9,68 % dla personału męskiego (wojskowość) i 15 % dla żeńskiego (zamążpójście). Z pomiędzy starszego personału pielęgniarskiego 1 pielęgniarz przeszedł w stan spoczynku.

Na czele Zakładu stał Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Z końcem roku sprawozdawczego (w dniu 31. 3. 30) pełnili w Dziekance służbę lekarską — obok Dyrektora – następujący lekarze: Dr. J. Gawroński, jako prymarjusz, Dr. Franciszek Wilczyński, Dr. Stanisław Świerczek i Dr. Wacław Bibrowicz, jako ordynatorzy, lekarz — asystent Dr. Wacław Gorzkowski, lekarz — asystent Dr. Bolesław Rosenblum oraz absolwent med. Józef Medem.

Lekarze składali na zwykłych konferencjach codziennych (z wyjątkiem świąt i niedziel) sprawozdania o ważniejszych wydarzeniach na oddziałach, omawiali stan cielesny i psychiczny ciężko chorych, zabiegi terapeutyczne, zachowanie się nowoprzyjętych chorych i wogóle pacjentów i pacjentek z osobliwymi patologicznymi przejawami. Dwa razy tygodniowo odbywały się posiedzenia kliniczne lekarzy, na których przedstawiano pacjentów i rozpatrywano ciekawe przypadki psychjatryczne, neurologiczne i sądowo-psychjatryczne i omawiano sprawy aktualne z dziedziny psychjatrji, psychologji i pokrewnych dziedzin o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem.

W roku sprawozdawczym z Dziekanki wyszło drukiem 9 prac, mianowicie:

I Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski, redaktor Nowin Psychjatrycznych i Przewodnika Pielęgniarskiego, ogłosił drukiem w Nowinach Psychjatrycznych:

1) Dziesięciolecie działalności polskiej w Dziekance, Now. Ps. 1929, III-IV,
2) Jak winien wyglądać nowoczesny szpital psychjatryczny, Now. Psychj. 1929, III-IV,

pozatem streszczenia i oceny, i wygłosił szereg referatów na posiedzeniach klinicznych w Dziekance.

II. Prymarjusz Dr. Juljan Gawroński ogłosił drukiem:
1) Pielęgniarstwo psychjatryczne w Dziekance w ostatnich 10 latach, Now. Psych. 1929, III-IV,
2) Organizacja opieki nad psychopatami oraz metody leczniczo-wychowawcze w tej dziedzinie, Now. Psych. 1929, III-IV,
oraz artykuły dla „Przewodnika Pielęgniarskiego;" pozatem streszczenia i oceny, oraz wygłosił kilka referatów na posiedzeniach klinicznych.

III. Dr. H. Zajączkowski ogłosił drukiem:
1) Bezsenność u osób psychicznie chorych i jej zwalczanie w Dziekance, Now. Psych. 1929, III-IV,
2) Rozważania o alkoholizmie na tle stanu zachorzeń psychicznych alkoholowych w Dziekance przed wojną i po wojnie światowej (wspólnie z Dr. W. Gorzkowskim),
oraz przedstawił kilka przypadków na posiedzeniach klinicznych.

IV. Dr. Franciszek Wilczyński ogłosił drukiem:
Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance w ostatnich 10 latach, Now. Psych. 1929, III-IV, oraz
artykuły i streszczenia dla „Przewodnika Pielęgniarskiego;'
pozatem wygłosił szereg referatów na posiedzeniach klinicznych.

V. Dr. W. Gorzkowski ogłosił drukiem (wspólnie z Dr. H. Zajączkowskim):
Rozważania o alkoholizmie na tle stanu zachorzeń psychicznych alkoholowych w Dziekance przed wojną i po wojnie światowej, Now. Psych. 1929, III-IV,
oraz artykuły i streszczenia dla „Przewodnika Pielęgniarskiego".

VI. Dr. Stanisław Świerczek ogłosił drukiem:
O leczeniu paraliżu postępującego malarją z uwzględnieniem wyników w Dziekance, Now. Psych. 1929, III-IV,
oraz artykuły dla „Przewodnika Pielęgniarskiego".

VII. Absolw. med. Józef Medem ogłosił drukiem:
Badania kontrolne nad symptomatologją płynu mózgo-rdzeniowego w porażeniu postępującem i w innych schorzeniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego, Now. Psych. 1929, III-IV,
oraz kilka artykułów dla „Przewodnika Pielęgniarskiego."

Lekarze korzystali obficie z dość pokaźnej bibljoteki lekarskiej zakładowej oraz z licznych czasopism fachowych krajowych i zagranicznych, abonowanych przeważnie drogą wymiany za Nowiny Psychjatryczne, mianowicie:

1. Archiwum Higjeny
2. „ Historji i Filozofji Med.
3. Biologja Lekarska
4 Biuletyn Sekcji Sanitarnej
5. Czasopismo Sądowo-Lekarskie
6 Czyn Młodzieży
7. Gruźlica
8. Ginekologja Polska
9. Higjena ciała i sport
10. Kwartalnik Kliniczny
11. Lekarz Wojskowy
12 Medycyna
13. Medycyna Doświadczalna i Społecz.
14. Medycyna Praktyczna
15 Neurologja Polska
16. Nowiny Lekarskie
17. „ Społeczno-Lekarskie
18 „ Psychjatryczne
19. Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lek.
20. Polska Gazeta Lekarska
21. Postęp Lekarski
22. Polski Czerwony Krzyż
23 Przyroda i Technika
24. Przegląd Dentystyczny
25 „ Dermatologiczny
26. „ Zdrojowo-Kąpielowy
27. „ Sportowo-Lekarski
28. Rocznik Psychjatryczny
29. Fontes
30 Terapja Nowa
31 Trzeźwość
32. Świt
33. Warszawskie Czasopismo Lekarskie
34. Wiedza Lekarska
35. Wiadomości Terapeutyczne
36. Wychowanie Fizyczne
37. Wileńskie Tow. Przeciwgruźlicze
38. Zagadnienie Metapsychiczne
39. „ Rasy
40. Zdrowie
41. Annales Médico-Psychologiques
42. Gazette des Hôpitaux
43. L'Higiène Mentale
44. L'Encéphale
45. Revue Neurologique
46. Rassegna di Studii Psichiatrici
47. Rivista di Patologia Nervosa e Mentale
48. Folia Neuropatologica Estoniana
49. „ Neuro-Chirurgica
50. The Journal of Mental Science
51. Mental Hygiene
52, „ „ Bulletin
53. Manicomio de Santiago
54. Fortschritte der Medizin
55. Irrenpflege
56. Wiener Klinische Wochenschrift
57. Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie
58. Obozrenje
59. Omskij med. Journal
60. Szkoła Specjalna
61. Wszechświat (pismo przyrodnicze)
62. Wiedza i Życie
63. Journal Médico-Biologique

Personal administracyjny. Rendantem (poborcą) zakładowym był p. Kaczmarek, inspektorem p. Cabański, sekretarzem do dnia 30. 4. 1929 p. Domagalski, od dnia 1. 7. 29 p. Szumlański, a od 1. 10. 29 p. Ożegalski.

Duszpasterstwo sprawowali: ks. proboszcz Chilomer, pastor Heyse i rabin dr. Krausz.

Nabożeństwa odbywały się w kaplicy zakładowej: dla katolików co tydzień, dla ewangelików co 2 tygodnie, dla żydów (w sali wykładowej) co 4 tygodnie. Pacjenci katolicy przystępowali do sakramentów św., o ile ich stan psychiczny na to pozwalał.

Zakład liczył w roku sprawozdawczym (w dniu 31. 3. 30) urzędników i funkcjonaruszy:

Etatowych					Klasyfikowanych						Kontraktowych						Pobocznych			razem
lekarzy	urzędn. admin.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	lekarzy	urzędn. admin.	pom. biur.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	lekarzy	urzęd. admin.	pom. biur.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	duszpasterzy	organ.	prakt. lek.	
1	2	4	28	3	3	—	2	5	19	5	2	1	5	—	96	13	3	2	1	196

Stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego do pacjentów przedstawiał się przeciętnie jak 1 : 10. Zakład zatrudniał (w dniu 31. 3. 30) personału ogółem (lekarzy, urzędników administracyjnych biurowych, pielęgniarzy i pielęgniarek, rzemieślników, oraz służby gospodarczej + 6 pob.) 196 na 1079 pacjentów, t. zn. że ogólny stosunek ilościowy do personału przedstawił się jak 1 : 5,51.

W roku sprawozdawczym przypadło w Dziekance na 1 lekarza przeciętnie 154 chorych, w roku 1928/29 — 148 chorych.

W celach terapeutycznych było stale zajętych przeciętnie 93% chorych rozmaitemi pracami: na roli, w ogrodach, w pawilonach, we warsztatach, w biurach i robótkami ręcznemi.

Statystyka.

TABLICA I.

	M.	K.	razem	mężcz.	kobiet	razem
w dniu 31. 3. 1929 było				536	499	1035
Przybyło w czasie od 1 4. 29 do 31. 3. 30 . . .				211	200	411
Leczono ogółem				747	699	1446
Ubyło w czasie od 1. 4. 29 do 31. 3. 30:						
a) przez wypisanie	150	147	297			
b) przez śmierć	31	29	60			
c) przez samowolne opuszcz. zakładu	8	2	10	189	178	367
Pozostało na 31. 3. 30				558	521	1079

Śmiertelność wynosiła w roku sprawozdawczym 4,15%.

TABLICA II. Stan chorych według wyznania.

	rz. kat		gr. kat.		protest		żydzi		pr.-sł.		ogółem		razem
	m.	k.	m	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m	k.	
W dniu 31. 3. 29 było . . .	379	330	25	28	69	79	57	57	6	5	536	499	1035
przybyło w czasie od 1. 4. do 31. 3. 30	183	169	—	—	17	22	11	9	—	—	211	200	411
razem	562	499	25	28	86	101	68	66	6	5	747	699	1446
ubyło w r. sprawozdawczym	155	141	3	—	14	22	15	14	2	1	189	178	367
	407	358	22	28	72	79	53	52	4	4	558	521	1079

TABLICA III. Wiek pacjentów nowoprzyjętych.

	m.	k.
do lat 20	28	18
„ „ 30	90	101
„ „ 40	47	42
„ „ 50	28	18
„ „ 60	11	14
„ „ 70	4	4
„ „ 80	1	2
wiek nieznany	2	1
razem	211	200

TABLICA IV. Rozpoznanie choroby u pacjentów nowoprzyjętych.

Rozpoznanie	katolicy		protest.		prawosł.		żydzi		razem	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Paralysis progr. . .	28	6	3	2	—	—	1	—	32	8
Taboparalysis . . .	4	—	1	—	—	—	—	—	5	—
Lues cerebri . . .	8	6	1	—	—	—	—	—	9	6
Arteriosclerosis . .	4	2	—	—	—	—	—	—	4	2
Dementia senilis . .	7	5	1	—	—	—	—	—	8	5
Parkinson	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1
Encephalitis leth. .	1	2	1	—	—	—	—	—	2	2
Oligophrenia . . .	29	19	3	2	—	—	1	1	33	22
Epilepsia	19	16	—	2	—	—	2	—	21	18
Amentia	6	10	1	1	—	—	—	1	7	12
Psych. m. - depr. .	6	23	1	—	—	—	1	1	8	24
Melancholia . . .	1	4	—	1	—	—	—	—	1	5
Psych. puerperalis .	—	2	—	—	—	—	—	1	—	3
Psych. reactiva . .	6	15	—	6	—	—	1	2	7	23
Psychopatia . . .	6	6	—	1	—	—	1	—	7	7
Alcoholismus . .	11	3	1	—	—	—	—	—	12	3
Delirium tremens	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Morphinismus . .	8	1	1	—	—	—	—	—	9	1
Schizophrenia . .	26	29	2	4	—	—	1	2	29	35
Paranoia	5	7	1	1	—	—	1	—	7	8
Paraphrenia . . .	2	4	—	1	—	—	2	—	4	5
Hysteria	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4
Morbus Basedowi .	—	4	—	1	—	—	—	1	—	6
Sine morbo . . .	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Razem	183	169	17	22	—	—	11	9	211	200

TABLICA V.
Stan rodzinny chorych przyjętych w roku sprawozdawczym.

	m.	k.
samotni	109	104
stanu małżeńskiego	88	78
wdowcy i wdowy	6	16
w rozwodzie	6	1
stan niewiadomy	2	1
Razem	211	200

TABLICA VI.
Poraz który w Zakładzie.

	m.	k.
poraz 1	148	146
„ 2	34	32
„ 3	16	13
„ 4	6	6
„ 5	2	—
niewiadomo	5	3
Razem	211	200

TABLICA VII.
Jak długo chorował pacjent przed przyjęciem do Zakładu.

	m.	k.	razem
do 1 miesiąca	33	48	81
„ 2 miesięcy	10	13	23
„ 3 „	15	6	21
„ 4 „	8	8	16
„ 5 „	9	3	12
„ 6 „	7	3	10
„ 1 roku	15	18	33
„ 2 lat	17	10	27
„ 3 „	12	14	26
„ 5 „	19	19	38
„ 10 „	15	14	29
ponad 10 lat	8	13	21
od dzieciństwa	9	9	18
niewiadomo	34	22	56
Razem	211	200	411

Dziedziczność stwierdzono w roku sprawozdawczym u 34,55% nowoprzyjętych (142 na 411).

Przypadków sądowo-psychjatrycznych było 15 osób (11 m. i 4 k.).

Łącznie z orzeczeniami, wydanemi na rozprawach sądowych bez poprzedzającej obserwacji psychjatrycznej w Zakładzie, lekarze zakładowi wydali w roku sprawozdawczym orzeczeń sądowo-psychjatrycznych 71 (48 orzeczeń w sprawach karnych i 23 w sprawach cywilnych).

TABLICA VIII.

Śmiertelność w poszczególnych miesiącach.

		m.	k.	razem
w kwietniu	1929	4	1	5
w maju	,,	2	3	5
w czerwcu	,,	4	1	5
w lipcu	,,	1	3	4
w sierpniu	,,	5	2	7
w wrześniu	,,	1	3	4
w październiku	,,	1	4	5
w listopadzie	,,	2	1	3
w grudniu	,,	1	—	1
w styczniu	1930	4	3	7
w lutym	,,	3	3	6
w marcu	,,	3	5	8
	razem	31	29	60

TABLICA IX.

Klasy wyżywienia.

Klasa wyżywienia	I. kl.		II. kl.		III. kl.		bezpłatne miejsca 1/1		3/4		1/2		razem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	ogółem
Stan w dniu 31. 3. 29	7	16	39	39	489	442	1	—	—	1	—	1	536	499	1035
przyjęto w r. 1929/30															
a) nowych pacjentów	10	12	41	52	160	136	—	—	—	—	—	—	211	200	411
b) przepisano z in. klas	1	1	9	19	23	21	—	-	—	—	—	—	33	41	74
Razem	18	29	89	110	672	599	1	—	—	1	—	1	780	740	1520
ubyło:															
a) przez wypisanie	7	9	28	51	154	118	—	—	—	—	—	—	186	178	367
b) przez przepisanie do innych klas	3	9	23	18	6	12	—	--	—	1	—	2	33	41	74
Razem	10	18	51	69	160	130	1	—	—	1	—	1	222	219	441
Pozostało	8	11	39	41	512	469	—	—	—	—	—	—	558	521	1079

TABLICA X.

Wypisano z Zakładu.

po pobyciu w Zakładzie do lat	miesięcy	wyleczonych m.	k.	w stanie polepsz. m.	k.	bez zmiany m.	k.	bez objawów chorobowych m.	k	zmarło m.	k.	razem m.	k.
	1	—	—	—	—	3	5	—	—	4	5	7	10
	2	—	2	8	3	4	12	3	—	4	2	19	19
	3	4	7	17	11	16	8	—	—	3	2	40	28
	6	11	5	6	8	2	3	—	—	4	4	23	20
	12	18	22	12	9	—	1	—	—	3	2	33	34
2		12	14	19	8	2	4	—	—	3	4	36	30
5		5	3	7	6	3	14	—	—	8	5	23	28
10		1	—	1	2	1	1	—	—	2	2	5	5
15		—	—	2	—	1	—	—	—	—	1	3	1
ponad 15 lat		—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	3
	razem	51	53	72	48	32	48	3	—	31	29	189	178

TABLICA XI.

Zawód pacjentów.

a) Mężczyźni:

	Stan 31.3.29	przybyło w r. sprawozd.	ubyło w r. sprawozd.	pozostało na 31. 3. 30
Ziemianie	4	3	1	6
Gospodarze rolni	45	17	18	44
Przemysł i rzemiosło	68	16	12	72
Kupcy	25	20	8	37
Uczeni	24	9	6	27
Nauczyciele	8	5	4	9
Uczniowie	17	15	12	20
Urzędnicy i wojskowi	41	28	23	46
Handlarze i kelnerzy	13	11	5	19
Robotnicy	196	63	81	178
Bez zawodu	95	24	19	100
Razem	536	211	189	558

b) Kobiety:

	Stan 31.3.29	przybyło w r. sprawozd.	ubyło w r. sprawozd.	pozostało na 31. 3. 30
1) bez zawodu:				
żony i córki z intelig.	43	21	16	48
„ „ z stanu średn.	104	33	37	100
„ „ ze stanu robot.	112	57	49	120
2) ze stanu zarobkującego:				
nauczycielki i bony	21	15	8	28
krawcowe, modniarki	17	5	10	12
książkowe, sprzedawaczki	16	14	3	27
gospodynie, kucharki	12	11	2	21
pielęgniarki, akuszerki	2	1	—	3
służące, robotnice	172	43	53	162
Razem	499	200	178	521

TABLICA XII.
Choroby cielesne.

Choroby zewnętrzne.		
a) róża	3 + 4 [1])	7
b) świerzb	5 i 1	6
c) ropnie i wrzodzianki	29 i 27	56
d) odleżyuy (jeden pacjent i jedna pacjentka przybyli z odleżynami)	1 (1) + 1 (1)	2 (2)
Choroby wewnętrzne.		
a) rozwolnienie	8 + 9	17
b) czerwonka	— + 2	2
c) dur brzuszny (dwie pacjentki przybyły z durem brzusznym)	2 + 3 (2)	5
d) gruźlica otwarta	2 + 2	4
e) odra	—	
f) zimnica	—	
g) płonica	— + 1	1
h) jaglica (jeden pacjent przybył z jaglicą).	2 (1) + 3	5
Inne niepożądane zjawiska.		
1. zanieczyszczenie	7 + 5	12
2. samowolne opuszczenie Zakładu		
a) z oddziałów otwartych	5 + 5 [2])	10
b) z oddziałów zamkniętych (pod ścisłym dozorem)	6 + 2	8
3. usiłowane samobójstwo ze zejściem śmiertelnem	1 (1) + — [3])	1 (1)
4. przypadkowe uszkodz. cielesne z powodu nieostrożn. pacjenta	1 + 5	6
5. wybryki pacjentów względem pielęgniarzy	3 + 6	9
6. bójki pacjentów między sobą	5 + 6	11
7. poród z nielegalnego zapłodnienia pacjentki	— + 1	1

1) mężczyźni i kobiety / razem

2) nie uwzględnia się pacjentów, mających zupełną swobodę ruchów, którzy się oddalili i sami wrócili.

3) W tej pozycji umieszczono przypadek P., znajdujący się w stanie remisji po ostrym okresie psychotycznym (p. p.), który de facto nie był już pacjentem Zakładu i wyjechał — na skutek wyrażonego na piśmie żądania żony (mandatarjuszki) — w celach poszukania sobie posady. Ponieważ jego stosunki rodzinne były opłakane (rodzice nie chcieli go przyjąć do swego domu, żona obcowała z innym mężczyzną), a posady były zajęte, więc P., nie mając się gdzie podziać i widząc się vis à vis de rien, stchórzył przed życiem i powiesił się w lasku miejskim. Zakład umieścił przypadek ten w statystyce tylko dlatego, że P. w chwili suicidium nie był ostatecznie wypisany.

TABLICA XIII.

Terapja	
1) zabiegi chirurgiczne	22 + 34 / 56
2) drobne i większe opatrunki	206 + 266 / 472
3) karmienie zgłębnikiem	5 + 7 / 12
4) zastrzyki skopolaminy	—
5) zastrzyki morfiny	—
6) zastrzyki extr. opii	1 (9) + 4 (100) / 5 (109)
7) zawijanie w koce	—
Kąpiele prolongowane.	
8) a) ze względów psychjatrycznych	1 (4) + 3 (12) [1]) / 4 (16)
b) ze względów cielesnych	8 (134) + 13 (161) / 21 (295)
9) nasenniki	34 (132) + 38 (204) / 72 (366)
10) leki stosowane w chorobach somatycznych	238 (1803) + 254 (1841) / 492 (3644)
11) leki przeciwko napadom epileptycznym	25 (2333) + 36 (2333) / 61 (4666)
12) leki antyluetyczne	12 + 10 / 22
13) zimnica stosowana w przypadkach p. p.	21 + 2 / 23
14) zimnica stosowana w przypadkach schizofrenji	7 + 17 / 24
15) autohemoterapja	1 + 3 / 4
16) naświetlania	10 (116) + 2 (32) / 12 (148)
17) zajętych pacjentów było przeciętnie dziennie	93%
Śmiertelność.	
1) zmarło ogółem	31 (4) + 29 (5) [2]) / 60
2) zmarło na gruźlicę	9 + 10 / 19
3) autopsji dokonano	4 + 7 / 11
Uszkodzenie przedmiotów przez pacjentów.	
1) szyby i ściany	8 + 9 / 17
2) meble	3 + 3 / 6
3) odzież	6 + 7 / 13
4) bielizna	6 + 6 / 12

1] Liczby oznaczają ilość chorych, liczby w nawiasach oznaczają ilość stosowań.
2] Liczby w nawiasach oznaczają chorych, którzy przybyli do Zakładu w stanie dogorywania i zmarli bezpośrednio po przyjęciu.

TABLICA XIV.
Przyczyna zgonu.

rozpoznanie	m.	k.	razem
Paralysis progressiva	3	1	4
Taboparalysis	2	—	2
Status epilepticus	1	—	1
Adynamia cordis	8	6	14
Myocarditis chronica	—	2	2
Marasmus senilis	—	2	2
Phthysis pulmonum et intestinorum	1	1	2
Tbc. pulm et intest.	9	8	17
Pneumonia	4	4	8
Pleuritis et pneumonia	1	1	2
Suicidium	2	—	2*)
Trombus	—	1	1
Erisipelas	—	1	1
Tumor mediastini	—	1	1
Sepsis	—	1	1
Razem:	31	29	60

*)Porównaj odsyłacz 3) na stronie 199.

III. Administracja.

Zakres czynności poszczególnych urzędników zakładowych i ich współdziałania normowany jest ogólnie: regulaminem dla Zakładu z dnia 5. 3. 1895 r., przepisami służby wewnętrznej z dnia 2. 3. 1897 r., przepisami dla służby pielęgniarskiej z dnia 15. 8. 1901 r., A, B i C, instrukcjami dla kas zakładowych z dnia 27. 2. 1901 r., pozatem rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 28. 3. 29, L. dz. 2837/29-I dot. zmian w książkach kasowych, rozp. Star. Kraj. z dnia 2. 4. 29, L. dz. 1831/29-III w sprawie opłaty kosztów utrzymania oraz dodatkowych opłat za lekarstwa, rozp. Star. Kraj. z dnia 17. 4. 29, L. dz. 1426/29 — Osb. dot. odszkodowania dla kasjerów, rozp. Star. Kraj. z dn. 23. 4. 29, L. dz. 1501/29 — Osb. w sprawie godzin urzędowych w porze letniej, rozp. Star. Kraj. z dn. 26. 4. 29, l. dz. 1654/29-Osb. dot. asygnowania poborów, rozp. Star. Kraj. z dn. 30. 4. 29, l. dz. 531/29-XIV w sprawie kontroli przy poświadczaniu likwidacji kosztów podróży, rozp. Star. Kraj. z dn. 14. 5. 29, l. dz 576/29-XIV dot. podania wartości wszystkich trwałych ruchomości, rozp. Star. Kraj. z dn. 5. 6. 29, l. dz. 2016/29-Osb. w sprawie udzielania urlopów wypoczynkowych, rozp.

Star. Kraj. z dn. 8. 6. 29, l. dz. 5560/29-I dot. zniesienia zaliczek udzielonych urzędnikom i pracownikom, rozp Star. Kraj. z dn 13. 6. 29, l. dz. 6377/29-I dot. przesyłania tygodniowych raportów gospodarstwa rolnego, rozp. Star. Kraj. z dn. 19. 6. 29, l. dz. 2384/29 -I w sprawie kontroli kredytów budżetowych, rozp. Star. Kraj z dn. 12. 9. 29, l. dz. 10319/29-I dot. sprawozdań administracji krajowej, rozp. Star. Kraj. z dn 26. 9 29, l. dz. 5474/29-III w sprawie podwyższenia taryfy kosztów utrzymania pacjentów, rozp. Star. Kraj. z dn. 18. 10. 1929, l. dz. 5860/29-III w sprawie procentowej wysokości kar, mających być ściąganemi za zwłokę od zaległych kosztów utrzymania, rozp. Star. Kraj. z dn. 8. 11. 1929, l. dz. 6364/29-III dot. statutu i regulaminu, rozp. Star. Kraj. z dn. 8. 11. 1929, l. dz. 1191/29 -XIV w sprawie uzupełnień instrukcji kasowych, rozp. Star. Kraj. z dn. 19. 11. 1929, l. dz. 12835/29-I w sprawie uproszczenia procedury repatrjacyjnej obywateli polskich z Niemiec i deportacji obywateli niemieckich z Polski, rozp. Star. Kraj. z dn. 20. 11. 1929, l. dz. 1310/29-XIV dot. abonamentu miesięcznika „Buchalter Polski", rozp. Star. Kraj. z dn. 2. 12. 1929, l. dz. 13396/29-I dot. podróży służbowych, rozp. Star. Kraj. z dn. 4. 12. 1929, l. dz. 5025/29-Osb. w sprawie wynagrodzeń za prace w niedzielę i święta niższym pracownikom, rozp. Star. Kraj. z dn. 20. 12. 29, l. dz. 14089/29-I dot. podawania w korospondencji przedmiotu sprawy i liczby dziennika, rozp. Star. Kraj. z dn. 3. 1. 1930, l. dz. 5450/26-Osb. w sprawie regulaminu o opiece lekarskiej dla etatowych urzędników krajowych, rozp. Star. Kraj. z dn. 11. 1. 1030, l. dz. 499/30-I dot. opracowania spraw przesyłanych dla oddziału prawnego Starostwa Krajowego, rozp. Star. Kraj. z dn. 16. 1. 1930 — l. dz. 13808/29 — I w sprawie ograniczenia wyjazdów służbowych, rozp. Star. Kraj. z dn. 14. 2. 1930, l. dz. 2000/30-I w sprawie należności za podróże służbowe, delegacji i przeniesienia, rozp. Star. Kraj. z dn. 28. 2. 1930, l. dz. 813/30-Osb. w sprawie wypłacenia zaległego dodatku mieszkaniowego za rok 1928, rozp. Star. Kraj. z dn. 12. 3. 1930, l. dz. 1168/30-III dot. podwyższenia dziennej stawki za wyżywienie urzędników w klasie I. i II-ej, rozp. Star. Kraj. z dn. 17. 3. 1930, l. dz. 1159/80-Osb. dot. wypłacenia pracownikom kontraktowym 20% dodatku mieszkaniowego za r. 1928, rozp. Star. Kraj. z dn. 17. 3. 1930, l. dz. 1232/30-Osb. dot. wypłacenia dodatku mieszkaniowego za rok 1928 urzędnikom zawieszonym w urzędowaniu oraz wdowom i sierotom po urzędnikach Pozn. Wojew. Związku Komunalnego.

Według przepisów, obowiązujących w roku sprawozdawczym Zakład przedłożył perjodycznych sprawozdań dwutygodniowych 24, miesięcznych po 12 = 144, rocznych 8.

Prace powyższe wykonywało: 3 urzędników biurowych administracyjnych i 7 kancelaryjnych.

W roku sprawozdawczym urzędnicy Zakładu odbyli 12 podróży służbowych — na zarządzenie Starostwa Krajowego 6, na zarządzenie Dyrekcji Zakładu 6.

Podróże służbowe 1929 1930

w miesiącu	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	razem
	—	1	4	—	1	4	1	—	—	—	—	1	12

Podróże odbywały się w sprawach personalnych, urządzenia centralnego ogrzewania, w sprawie zakupu urządzenia Wielkopolskiego Domu Gościnnego, oraz w sprawie przetargu na odzież i bieliznę. Pozatem, podróże lekarzy Zakładu na Zjazd Psychjatrów Polskich w m. Wilnie (3), w celu badania wzgl. leczenia pacjentów na jaglicę (3 razy), 1 podróż w sprawach administracyjno-technicznych do Zakładu Psychjatrycznego w Kościanie, oraz 1 podróż celem zakupu morskich świnek (potrzebnych do badań serologicznych). O.

Żywienie: We wszystkich klasach pacjenci otrzymywali pożywienie 5 razy dziennie.

W klasie I.-ej pacjenci otrzymywali: na 1-sze śniadanie kawę, mleko i bułki z masłem, na 2-gie — herbatę, chleb z masłem, wędliny lub ser. Obiad składał się z 5-ciu dań. Mięso otrzymywali pacjenci codziennie z wyjątkiem dni postnych, w których podawano rybę. Na podwieczorek podawano: kawę, mleko, bułki z masłem, na kolację potrawy mięsne (w dni postne jajka, rybę lub inne potrawy postne), chleb z masłem i herbatę.

W klasie II-ej: na 1-sze śniadanie podawano kawę, mleko i chleb z masłem, na 2-gie — herbatę, chleb z masłem, wędliny lub ser 4 razy na tydzień. Obiad składał się z 4 dań. Mięso otrzymywali pacjenci 2-giej klasy codziennie, z wyjątkiem dni postnych. Na podwieczorek podawano kawę, mleko, chleb z masłem; na kolację: ciepłe potrawy mięsne (w dni postne jajka), chleb z masłem, herbatę.

W klasie III-ej: na 1-sze śniadanie chorzy otrzymywali kawę z mlekiem i chleb z masłem lub smalcem albo z marmeladą, na

2-gie: chleb smarowany i herbatę. Obiad złożony z 3-4 dań, mięso 4 razy tygodniowo, do obiadu: kapustę, budyń, lub kompot z suszonego owocu. Na podwieczorek otrzymywali pacjenci: kawę z mlekiem, chleb, na kolację zupę mleczną i chleb, lub herbatę. Raz na tydzień pacjenci wszystkich klas otrzymywali jako dodatek czekoladę w kostkach.

Na porcję dzienną chorego składało się przeciętnie:

Klasa	chleba	bułek	mięsa	tłuszczu	mleka	jarzyn	krupów	ziemniak.	mąki	kawy	cukru	herbaty	jaj	owoców	śmietany	śledzi	ryb	budyniu
	gr	gr	gr	gr	gr	gr	gr	gr	gr	gr	gr	gr	szt	gr	gr	gr	gr	gr
I	330	200	280	100	3	400	150	750	80	30	70	3	1 1/2	150	50	—	30	1
II	500	—	280	100	3	400	150	750	80	30	65	2	1	110	30	—	6	1
III	500	—	115	60	2	400	130	900	50	20	50	2	—	50	—	18	—	2

W czasie świąt i uroczystości pacjenci otrzymywali oprócz powyższych ilości jeszcze 500 gr. placka wgl. strucla, lub po 2 pączki, 150 gr. kiełbasy i po 2 wzgl. 1 jajku.

Chorzy zatrudnieni pożyteczną pracą otrzymywali jako dodatek 20 gr. tłuszczu, 250 gr. chleba i 150 gr. kiszki, lub wędzonej słoniny, wzgl. sera.

Cieleśnie słabi chorzy otrzymywali dodatki do pożywienia zwykłego, składające się z 2 jaj, 1/2 do 1 litr. mleka, wzgl. kakao, i 100 do 200 gr. bułek.

Obłożnie chorzy otrzymywali djetę.

Opłata za pacjentów wynosiła w I kl. 11. — zł., w II kl. do 27. 9. 29 4,85 zł., od 28. 9. 29 zł 7,50, w III kl. do 27. 9. 29 3,25 zł., od 28. 9. 29 zł 4,—.

Pacjenci z poza Wojawództwa Poznańskiego dopłacali do powyższych stawek 30%. Opłata za utrzymanie dzienne ubogiego pacjenta z Województwa Poznańskiego wynosiła w roku sprawozdawczym 1,85 zł., a jego faktyczne całkowite utrzymanie kosztowało:

	1929									1929		
w miesiącach	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III
złotych	3,99	2,01	1,61	2,89	3,17	4,45	4,62	2,58	1,42	2,41	1,73	3,07

Miejsc bezpłatnych w roku sprawozdawczym nie było. Dni zakładowych spędzonych przez chorych psychicznie w Zakładzie

wzgl. na oddziałach w roku sprawozdawczym było: 386,307, a ogólna suma wydatków wynosiła w tym czasie: 1.591.637,52 zł, zatem przeciętne dzienne koszty utrzymania jednego chorego przedstawiały kwotę 4,12 zł.

Rozrywki: W okresie sprawozdawczym odbyły się dla pacjentów 44 zabawy, mianowicie: 5 przedstawień teatralnych, połączonych z tańcami, 25 przedstawień kinomatograficznych i 14 zabaw tanecznych; pozatem odbywały się koncerty radjowe na sali i w kasynie dla pensjonarzy.

W dniu 3-go maja odbyły się uroczystości ku uczczeniu Konstytucji, 10. listopada z okazji rocznicy odzyskania niepodległości.

Wygłoszone zostały okolicznościowe odczyty, przemowy, deklamacje i śpiewy, wykonane przez pacjentki i pielęgniarki przy akompanjamencie orkiestry zakładowej, złożonej z pacjentów.

Od wiosny aż do późnej jesieni pacjenci grywali w tenis, football, kręgle, robili wycieczki powozami i samochodem w dalsze i bliższe okolice Dziekanki. Dla rozrywki pacjentów Zakład posiada w pensjonacie 2 bilardy i w kasynie lekarskiem 3-ci bilard, z których pacjenci często korzystali.

Jak w ubiegłych latach, tak w okresie sprawozdawczym urządzono w jesieni na zakładowym placu tenisowym konkurs tenisowy dla pacjentów, I-szą nagrodę w postaci puhara przyznała komisja pacjentowi K., II. nagrodę w postaci żetonu p. J., III. nagrodę w postaci zegara stołowego pacjentowi Ł. Pozatem nagrody pocieszenia, ufundowane przez p. Dyrektora Zakładu Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowskiego, otrzymali pacjenci T. i O.

Na przedstawienia teatralne, koncerty, do kina i na inne widowiska w Gnieźnie posyłano pacjentów socjalnych; wstępne za pacjentów niezamożnych opłacał Zakład.

Inwestycje: W okresie sprawozdawczym wykonano następujące prace inwestycyjne w Zakładzie.

Postawiono nowy parkan sztachetowy przed domami mieszkalnymi pielęgniarzy nad szosą o długości 270 m, przeprowadzono remont dwupiętrowego budynku pielęgniarzy, kurytarze tego budynku pomalowano, również wyreperowano klatkę schodową oraz pomalowano drzwi do 12 mieszkań, przestawiono w ubikacjach administracyjnych i mieszkaniach urzędniczych 27 piecy kafl.

W pawilonie XI m. przestawiono 2 piece, urządzono ustęp z umywalnią dla personalu biurowego żeńskiego, w ustępie dla służby żeńskiej w pralni i prasowalni urządzono umywalnię, dla

służby kuchennej pobudowano trzy nowe ustępy z umywalniami; w kuchni centralnej, spiżarni, pomywalni, strugalni i w magazynie kuchennym oraz w kurytarzu, prowadzącym do kuchni, odbito tynk, który z powodu wilgoci zczerniał, i wymienione ubikacje nowo tynkowano i pomalowano; naprawiono uszkodzone mury dużej oranżerji i podmurowano małą, zrobiono 24 nowych okien inspektowych dla ogrodnictwa, w kręgielni naprawiono i — częściowo położono nową — podłogę, oraz położono nowy dębowy tor, przebudowano 3-y dawniejsze cele w pawilonie dla niespokojnych, w których były małe okienka pod sufitem, wybito duże okna i urządzono pokoje mieszkalne, przeprowadzono kompletny remont jednego z mieszkań lekarskich, składającego się z 7 pokoi, kuchni i ubikacji pobocznych, w tymże mieszkaniu wytapetowano wszystkie pokoje, malowano sufity, podłogi, okna i drzwi, wbudowano nowe drzwi chroniące pokoje na I. piętrze przed zimnem powietrzem i zakupiono nowy piec kąpielowy. W mieszkaniu rendanta i sekretarza wytapetowano po 2 pokoje, w mieszkaniu II. nadpielęgniarza tapetowano jeden pokój, jeden z magazynów przerobiono na pokój mieszkalny dla jednej z biuralistek i pokój ten wytapetowano, w 6 pawilonach, oraz w domach mieszkalnych dla pielęgniarzy podmurowano okna piwnicze, ażeby w czasie nagłych deszczów zapobiec napływowi wody do piwnic, splanowano teren przy domach mieszkalnych nad szosą, urządzono przed domami deptak żwirowy, a deptak po przeciwległej stronie szosy, wiodący do Gniezna, posypano żwirem; splanowano i zniżono trawnik przed gmachem administracyjnym.

W urządzeniach technicznych Zakładu dokonano w okresie sprawozdawczym następujących inwestycyj:

Nabyto samochód osobowy oraz samochód ciężarowy, ukończono rozpoczęty w ubiegłym roku sprawozdawczym remont trzech studzień, przeprowadzono remont baterji akumulatorowej, ukończono naprawę gromochronów, zakupiono nowe ruszty do 2 kotłów parowych, zakupiono cztery niklowe kotly do gotowania, pobudowano centralne ogrzewanie w sześciu pawilonach dla spokojnych chorych, które były ogrzewane piecami żelaznymi, w tychże pawilonach założono nowe przewody światła pod tynk, a usunięto stare przewody, które nie odpowiadały przepisom policyjnym, zakupiono i zainstalowano nową maszynę parową zapędową do światła o sile 140 koni mech., a starą maszynę usunięto, zainstalowano nowoczesną centralę telefoniczną z 42 aparatami, a usunięto

stare aparaty, zakupiono i zainstalowano chłodnię do przechowania mięsa i innych artykułów spożywczych z urządzeniem do wyrobu sztucznego lodu.

W roku sprawozdawczym nabyto:

a) sprzętów do urządzeń mieszkalnych:

1)	Szaf dębowych		81	sosnowych	4	=	85
2)	Łóżek „	kompl.	86	żelaznych	14	=	100
3)	Stołów „	. . .	60	sosnowych	4+2	=	66
4)	Krzeseł „	. . .	185	„	4	=	189
5)	Stolików nocnych		114	. . . .		=	114
6)	Umywalni dębowych		30	metalowych	26	=	56
7)	Leżanek	....	31	....		=	31
8)	Luster	....	20	....		=	20
9)	Ram	....	101	....		=	101
10)	Obrazów	....	62	....		=	62
				ogółem			824

b) 1727 sprzętów kuchennych;

c) uzupełniono urządzenia hygjeniczne; zużyto 2335 kg mydła do prania, oraz do czyszczenia oddziałów, do mycia i kąpania chorych ;

d) zakupiono 64 książki do bibljoteki beletrystycznej. Pozatem, Zakład prenumerował dla chorych 5 gazet codziennych i 8 czasopism ilustrowanych, które — po oprawieniu kompletnych roczników — włączono do bibljoteki beletrystycznej tak, że ogółem nabyto 64 + 8 = 72 książki;

e) nabyto 6 dzieł naukowych do bibljoteki lekarskiej, prenumerowano 63 czasopisma lekarskie, oraz 4 czasopisma urzędowe dla administracji zakładu.

Ogrodnictwo:

W okresie sprawozdawczym

dochód z ogrodnictwa wynosił ....7172,50 zł.

wydatki wynosiły:

a) pobory ogrodnika ....4.320,— zł

b) zakup nasion i narzędzi ....1.859,97 zł.

razem.............6179,97 zł.

Z powyższych wydatków przypadają 3/5 na utrzymanie parków i gazonów. Dla ustalenia zatem zysku w ogrodnictwie należy potrącić 2/5 wydatków od dochodu. 2|5 wydatków wynoszą ....2472,— zł.

pozostaje..............4700,50 zł.

C.

Z końcem roku sprawozdawczego Zakład posiadał ogółem:

a) w bibljotece lekarskiej: 937 dzieł w 1023 tomach;
b) w bibljotece administracyjnej: 181 dzieł w 216 tomach;
c) w bibljotece beletrystycznej: 2424 dzieła w 3574 tomach.

W okresie sprawozdawczym zużyto w Zakładzie:

a) opału: 43.265 ctr. węgla, 3680 ctr. koksu, oraz 59 m^3 drzewa opałowego. Materjał ten zużyto: w okresie zimowym — do opalania 384 ubikacji oraz oranżerji, przez cały rok zaś — w kotłowni, w kuchni, w pralni i prasowalni. W ubikacjach mieszkalnych utrzymywano temperaturę na poziomie 16-20^0 C.
b) światła: 142.760 kilowatów. Oświetlano 130 ubikacji o ogólnej pojemności 89 826 kbm przez cały rok, dziennie przeciętnie po 11 godzin; prócz tego oświetlano drogi i place zakładowe oraz odcinek szosy, nad którą Zakład jest położony, pozatem kurytarze domów mieszkalnych.
c) wody: 114. 200 kbm.

Sprawozdanie z gospodarstwa rolnego.

Obszar ogólny folwarku Dziekanka wynosi 532 morgi magdeburskie. W tem jest 465 mórg pod pługiem; resztę, t. j. 67 mórg, stanowią łąki, rowy, drogi, podwórze folwarku i cmentarz Zakładu. Jakość gleby jest średnia (przeważnie 5-tej klasy).

W roku sprawozdawczym urodzaj był naogół dobry. Coprawda w czerwcu 1929 grad zbił ca. 55% zboża ozimowego, szkodę jednak, oszacowaną na 12.236 zł, pokryło Ubezpieczenie. Okopowe natomiast zawiodło, ze względu na brak deszczu i wysoką temperaturę.

Sprzęt w r. sprawozdawczym był następujący:

Rodzaj ziemiopłodu	Ile było obsiane mórg (1 morga magd. = 2500 m^2)	Sprzątnięto ogółem kg	Zatem 1 morga dała przeciętnie ca. kg.	1 kg kosztuje zł	Cały sprzęt przyniósł zł
Pszenica	27 mórg	11.350,—	420,—	0,32	3632,00
Żyto	146 „	45.320,—	310,—	0 16	7251,20
Jęczmień	31 „	25.800,—	830,—	0 18	4644,00
Owies	62 „	39.094,—	630,—	0.14	5473,14
Mieszanka	27 „	23 150,—	860,—	0 14	3241,00
Buraki cukrowe	32 „	167.175,—	5.225,—	0,06	10030.50
Kartofle	68 „	205.000,—	3.000,—	0,04	8200,00
Koniczyna-siano	40 „	20.250,—	500,—	0,06	1230,00
Słoma	——	403.250,—	——	0,02	8065,00
			Razem złotych		51.766,84

Etat folwarku przewiduje 4 rodziny deputatników (1 włódarza, 1 szwajcara, 1 deputatnika do trzody chlewnej, 1 stróża nocnego) oraz 7 osób zaciągu. Wymienieni robotnicy pracowali przeważnie w podwórzu folwarku, natomiast pracę na roli wykonywali pacjenci Zakładu.

Jeżeli wziąć za podstawę zeszłoroczne ceny ziemiopłodów, wykazany wyżej sprzęt dał by ca. 112.000. — zł. Gwałtowny spadek cen spowodował w głównej mierze deficyt folwarku w roku sprawozdawczym.

Resztę roli uprawnej, t. j. 32 morgi, obsiano lucerną (8 morgów) i wiczką zimową (19 m.), którą spaszono bydło; 5 morgów oddano deputatnikom pod kartofle.

Rewizje: Rewizje folwarku przez władze nadzorcze odbywały się w roku sprawozdawczym bardzo często. Rewizji ksiąg gospodarczych dokonała Wojewódzka Kontrola Komunalna (3 x), wyższy radca rachunkowości p. Arndt (1 x). Wizytował folwark: p. Starosta Krajowy na czele Komisji Sejmikowej Poznańskiego Wojewódzkiego Związku Komunalnego (1 x), wyższy radca krajowy p. Mielcarzewicz (1 x). Pozatem rewidował 2—3 razy miesięcznie folwark p. Buschke, kierownik oddziału rolniczego w Starostwie Krajowem w Poznaniu. Pan Buschke przeprowadził również nocną rewizję folwarku (1 x).

Zabudowania gospodarcze: Stan budowlany tychże jest zadowalniający, z wyjątkiem obory, wymagającej gruntownego remontu wzgl. przebudowy. Budynki folwarku są ubezpieczone na sumę 204.837,50 zł. w Krajowem Ubezpieczeniu Ogniowem w Poznaniu.

K*ultura roli*: Dla podniesienia wydajności roli folwarku do roku 1928 mało zrobiono. Dopiero w roku sprawozdawczym władza nadzorcza podwyższyła wydatnie kredyt na zakup sztucznych nawozów, wskutek czego plony wzrosły o blisko 100%. Np. jęczmień dał w roku sprawozdawczym z 1 morgi przeciętnie 16,60 ctr, w roku ubiegłym 8,50 ctr; mieszanka dała nawet więcej.

Należy jednak podkreślić, że sztuczne nawozy siłą rzeczy w obecnych warunkach (z powodu spadku cen ziemiopłodów) są o ca. 200% za drogie; o ile ceny zboża w najbliższej przyszłości nie wzrosną,—dalszy wysiew sztucznych nawozów narazi folwark na jeszcze znaczniejszy deficyt.

Inwestycje: W roku sprawozdawczym zakupiono: 1 nowy siewnik (2,50 m szeroki), 1 „westfalja“ (3 m), 1 opełacz (2 m sze-

roki), oraz 1 ugniatacz podglebia (wał Lampbella) — za łączną kwotę 5701,— zł.

Dalszych inwestycyj (maszyny i narzędzia rolnicze) dokona się w następnym roku budżetowym.

Na zarządzenie władzy przełożonej obsiano w roku sprawozdawczym na folwarku 8 mórg żytem i 8 mórg pszenicą według systemu Lossowa — w celach doświadczalnych. Kwestję, czy system Lossowa jest dla tutejszego folwarku racjonalny, rozstrzygnąć można będzie dopiero po sprzątnięciu i omłocie zboża. Wyniki próby poda się w sprawozdaniu za rok 1930/31.

Inwentarz żywy:

	konie	bydło	świnie	owce
dnia 1. 4. 29. posiadał folwark	20	31	—	—
w czasie od 1. 4. 20. do 31. 3. 30 przybyło przez zakup	—	28	63	53
z własnego chowu	—	12	—	9
razem:	20	71	63	62
w ciągu roku ubyło przez sprzedaż	—	36	45	30
w skutek choroby	4	—	2	1
stan per. 31. 3. 30 r.	16	35	16	31

Ze względu na niskie ceny ziemiopłodów tutejszy folwark zaczął rozwijać w r. sprawozdawczym wydatniej hodowlę bydła i świń na ubój.

Zakupiono 12 jałowic cielnych (na matki), 3 maciory oraz 1 knura rozpłodowego rasy Yorkshire.

Wydajność mleka była zadowalniająca. Udój wynosił w roku sprawozdawczym 90.045 ltr.

Zakup wymienionych jałowic nie był przewidziany w budżecie folwarku na r. 1929/30. Wydatek ten przyczynił się zatem w znacznej mierze do deficytu tutejszego folwarku w roku sprawozdawczym. Ob.

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

Kasy Filjalnej Wojewódzkiego Związku Komunalnego Poznańskiego „Dziekanka“

za rok budżetowy 1929/30.

§	pozycja	Określenie pozycji	Budżet przewidywał zł	Wydano	W porównaniu z budżetem mniej	więcej
		A. WYDATKI				
1	a	Wydatki na uposażenie personelu	367.816,—	357,914,16	9.901,84	—
	b	Dodatek do poborów	55.174,—	—	55.174,—	—
	c	Świadczenia na rzecz Kasy Chor.	18.000,—	18.394,47	—	394,47
	d	Inne świadczenia specjalne	9.700,—	9.919,15	—	219,15
	e	Świadczenia specjalne	75.005,—	64.290,58	10.714,42	—
	f	Zapomogi	13 200,—	5.185,82	8.014,18	—
	g	Djety i koszty podróży	1 700,—	1.101,29	598,71	—
2	a	Matejały piśmienne	1.500,—	1.787,71	—	287,71
	b	Druki i formularze	1.500,—	2.264,44	—	764,44
	c	Księgi biurowe i rachunkowe	300,—	342,10	—	42,10
	d	Maszyny do pisania	500,—	500,—	—	—
	e	Portorja	1.500,—	2.160,—	—	660,—
	f	Telefony	500,—	605,22	—	105,22
	g	Telegramy	300,—	70,80	229,20	—
	h	Prenumerata pism i zakup książek	100.—	77,19	22,81	—
	i	Ogłoszenia	400,—	189,40	210,60	—
	j	Umundurowanie i odzież służb.	18.700,—	12.377,22	6.322,78	—
	k	Inne	100,—	100,—	—	—
3		Umeblowanie biur	500,—	500.	—	—
4		Wydawnictwo	6.800,—	6.795,54	4,46	—
5	c	Benzyna i oliwa do samochodu	—	12,30	—	12,30
6	a	Utrzymanie budynków, ogrodów i cmentarza	68 000,—	80.810,19	—	12.810,19
	b	Utrzymanie urządzeń gospodarcz	56.000,—	43.117,68	12.882,32	—
	c	„ sprzętów domowych	11.000,—	10 226,24	773,76	—
	d	Opał i światło	132 084,—	158 063,16	—	25 979,19
	e	Opieka duchowna	3.200,—	2.629,39	570,61	—
	f	„ lekarska	11.000,—	17.097,80	—	6.097,80
	g	Żywność	652.470,	513.011,56	139.458,44	—
	h	Hygjena	10 290,	9.590,41	699,59	—
	i	Wychowanie	5.300,—	5.260,02	39,98	—
	j	Bielizna, odzież i obuwie	89.000,—	88.800,55	199,45	—
	k	Premje za pracę	1.000,—	—	1.000,—	—
	l	Przyjęcia i zwolnienia	550,—	128,59	421,41	—
	m	Podatki, opłaty	5.000,—	4 820,02	179,98	—
	n	Utrzymanie rolnictwa	132.550,—	125.000,87	7 549,13	—
	o	Różne wydatki rzeczowe	561,—	27.209,66	—	26.648,66
		Zwroty — nadpłacone koszty utrzymania i inne	—	21.283,99	—	51.293,99
		Razem:	1.751.300—	1.591.637,52	254.967,67	95.305,19
					159.662,48	

§	Pozycja	Określenie pozycji.	Budżet przewidywał zł	Wpłynęło zł	W porównaniu z budżetem mniej	więcej
		B. DOCHODY.				
1	a	Z gospodarstwa rolnego	162.400,—	107.795,80	54.604,20	—
	b	„ „ ogrodowego	8.300,—	7.797,45	502,55	—
2	a	Różne dochody osobowe	13.700,—	9.161,19	4.538,81	—
	b	„ „ rzeczowe	24.405,—	11.812,73	12.592,27	—
3	a	Opłaty bieżące	1.269.223,75	1.194,660,19	74.563,56	—
	b	„ specjalne	7.000,—	16.167,2	—	9.167,22
	c	Zasługi pacjentów	2.000,	2.000,—	—	—
4	a	Grzywny dyscyplinarne	35,—	—	35,—	—
	b	Wydawnictwa	1.200,—	1.376,70	—	176.70
	c	Dopłata	271.500,—	270 000,—	1.500,—	—
		Różne wpływy	536,25	11.249,82	—	10.713,57
		Razem:	1.760,300,—	1.632,021,10	148 336,39	20.057,49
					128.278,90	
		Dochody gotów. w okresie budżetowym 1929/30 wynoszą		1.632.021,10		
		Wydatki wynoszą		1.591.637,52		
		Saldo		40.383,58		
		Na końcu roku budż. 1929/30 pozostały nieureg. koszty utrzym. za pacjent., które się ściąga w kwocie		47.156,87		
		Na pokrycie niedoboru gospodarstwa rolnego dołożył Zakład z swojej kasy		17.205,07		
		nadwyżka wynosi		104.745,52		

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

folwarku „Dziekanka" za rok budż. 1929/30.

§	poz.	Określenie pozycji	Budżet przewidywał zł	Wydano	W porównaniu z budżetem mniej	W porównaniu z budżetem więcej
		A. WYDATKI				
1	a	Wynagrodzenie dla agronoma	1.064,—	1.064,—	—	—
	b	Rządcy rolnego	3.936,—	4.092,—	—	156,—
	c	Zasługi dla innych pracowników	15.271,52	9.934,95	5.336,57	—
	d	Za pracę pacjentów	2.000,—	2.000,—	—	—
2	a	Świadczenia socjalne	1.140,—	1.033,84	106,16	—
	b	Inne	400,—	292,50	107,50	—
3	a	Opał	870,—	867,—	3,—	—
	b	Światło	250,—	243,84	6,16	—
4	a	Utrzymanie budynków	2 500,—	1 816,52	683,48	—
	b	„ narzędzi rolniczych	5.500,—	5 880,32	—	380,32
	c	Paliwo i smary dla traktora	2.185,—	—	2.185,—	—
	d	Fundusz odnowienia maszyn	12.000,—	5.839,—	6.161,—	—
5	b	Krowy	10.800,—	18.809,46	—	8.009,46
	c	Świnie	13.500,—	11.832,42	1,667,58	—
	h	Pasza	29 635,—	29.952,58	—	317,58
	i	Opieka weterynaryjna	500,—	453,85	46,15	—
	k	Inne wydatki	500,—	499,79	0,21	—
6	a	Nasiona	4.657,50	3.969,91	687,59	—
	b	Sadzonki	4.088,—	3 138,80	949,20	—
	c	Nawozy	15.408,—	16.952,30	—	1.544,30
7		Różne ciężary publiczne	2.500,—	2.637,45	—	137,45
9		Różne	3.844,89	3.690,34	154,64	—
		Razem	132.550,—	125.000,87	18.094,24	10.545,11
					7.549,13	
		B. DOCHODY		wpłynęło		
1	b	Krowy	10.950,—	13 622,54	—	2.672,54
	c	Owce	—	1.622,14	—	1.622,14
	d	Świnie	20.000,—	11.956,72	8.043,28	—
	e	Drób	500,—	—	500,—	—
2	a	Produkty z rolnictwa	101.423,—	46.562,12	54.860,88	—
	c	Sadownictwo	178,—	16,73	161 27	—
	e	Nabiał	24.070,—	30.638,55	—	6.568,55
3	a	Zwózki i powózki	5.200,—	800,—	4.400,—	—
	b	Inne	79,—	2.577,—	—	2.498,—
		Razem:	162.400,—	107.795,80	67.965,43	13.361,23
					54.604,20	

K.

Nadesłane.

Pamięci śp. Prof. Dr. R. Radziwiłłowicza.

Kreślimy słowa niniejsze pod wrażeniem świeżej, bolesnej straty: niespodziewanie, — na stanowisku, — zmarł **ś. p. prof. dr. R. Radziwiłłowicz.**

Znaliśmy, szanowali, kochali Go wszyscy...

Indywidualność wybitna i piękna: myśl lotna i twórcza, wiedza i doświadczenie, — pogoda ducha, energja i zapał do pracy... I wielka prawość bez kompromisów — i wielkie serce...

Gorący społecznik — patrjota, mający odwagę przekonań i czynu, w potrzebie nieugięty, za rządów zaborczych zmuszony był do ustąpienia ze stanowiska ordynatora szpitala w Tworkach, — ku wielkiej krzywdzie chorych, żalowi współpracowników..

Za Jego staraniem otwarto ponownie, po przerwie kilkoletniej — za okupantów — szpital w Tworkach.

A wkrótce potem — już w odrodzonej Polsce, na stanowisku Naczelnika Wydziału Psychjatrycznego w Ministerstwie Zdrowia, — jest gorącym rzecznikiem potrzeb szpitalnictwa psychjatrycznego w kraju, inicjatorem i założycielem Polskiego Tow. Psychjatrycznego, organizatorem zjazdów dorocznych. —

Jako docent Uniwersytetu Warszawskiego wykłada psychopatologję sądową i psychologję dla medyków... Znajduje czas — aby brać udział gorliwy w organizacjach naukowych, społecznych...

Jest członkiem Polskiego Towarzystwa do walki z alkoholizmem, na kongresach przeciwalkoholowych międzynarodowych reprezentuje Polskę...

Wszędzie — pars magna fuit. —

A gdy z Warszawy przeniósł się do Wilna, powołany na katedrę psychjatrji i dyrektora kliniki, — spotkało Go tam dobrze zasłużone przez życie całe dotychczasowe przyjęcie: wielka popularność, niekłamany sentyment i zapał do pracy pod Jego światłym kierownictwem — wśród uczniów...

* * *

W poczuciu wielkich zasług Zmarłego, my, koledzy ze szpitala w Tworkach, — pragniemy tu wystąpić z inicjatywą trwałego uczczenia pamięci **prof. dr. R. Radziwiłłowicza...** Sądzimy, że utworzenie Stypendjum Jego Imienia przy Polskiem Towarzystwie

Psychjatrycznem będzie czynem, mogącym świadczyć o naszych uczuciach i uznaniu dla Niego...

Rzucamy myśl, — o której zaakceptowanie, o dalszą wspólną pracę nad zrealizowaniem jej prosimy. — Sądzimy, że w najbliższym czasie powstanie Komitet Stypendjalny przy Polskiem Towarzystwie Psychjatrycznem, Komitet, do którego — poza przedstawicielami instytucyj psychjatrycznych, zechcą wejść przedstawiciele pokrewnych organizacyj naukowych i społecznych, w których Zmarły pracował...

Pragniemy tu jeszcze zaznaczyć, że na zapoczątkowanie funduszu stypendjalnego my koledzy i współpracownicy Zmarłego posiadamy do dyspozycji Komitetu sumę 1000 zł. (tysiąc zł.).

(—) W. Bernasiewicz	(—) J. Grabarz
(—) J. Bernasiewiczowa	(—) J. Handelsman
(—) L. Bobrowski	(—) W. Jełowicki
(—) W. Bobrowska	(—) W. Łuniewski
(—) S. Deresz	(—) E. Steffen

Polskie Tow. Popierania badań mózgu.

Przed rokiem powstało w Warszawie Polskie Towarzystwo Popierania Badań Mózgu, którego założycielami są: Dr. Adamski, Zastępca Szefa Departamentu Służby Zdrowia, Dr. Chodźko b. Minister Zdrowia, Prof. Dr. Konopacki Dyrektor Zakładu Histologji i Embrjologji U. Warsz., Dr. Łuniewski Dyrektor Zakładu dla umysłowo chorych w Tworkach, Prof. Dr. Mazurkiewicz Dyrektor Kliniki Psychjatrycznej U. Warsz., Prof. Dr. Orzechowski Dyrektor Kliniki Neurologicznej U. Warsz., Dr. Piestrzyński Szef Departamentu Służby Zdrowia, Dr. Przywieczerski Naczelnik Departamentu Służby Zdrowia, Dr. Rose docent U. Warsz., Dr. Sławoj Składkowski Minister Spraw Wewnętrznych.

Towarzystwo ukonstytuowało się 19. XI. 1928 r., wybierając swym prezesem Prof. Dr. Orzechowskiego, wiceprezesem Prof. Dra Konopackiego, sekretarzem Dr. Łuniewskiego, skarbnikiem Prof. Dra Mazurkiewicza. Równocześnie powołano do życia Polski Instytut Badań Mózgu i powierzono jego kierownictwo Doc. Drowi M. Rosemu, dotychczasowemu kierownikowi takiego oddziału w Wilhelmowskim Instytucie Badań Mózgu w Berlinie.

Instytut mieści się w Zakładzie Histologji i Embrjologji Uniwersytetu Warszawskiego i rozwija swą działalność naukową od szeregu miesięcy.

Składka roczna członka zwyczajnego Polskiego Towarzystwa Popierania Badań Mózgu wynosi 20 zł. Zgłoszenia przyjmuje skarbnik Towarzystwa Prof. Dr. J. Mazurkiewicz, Warszawa, Hoża 58.

Warszawa 2. XII. 1929.

Prof. Dr. K. ORZECHOWSKI
Prezes Polskiego Towarzystwa
Popierania Badań Mózgu
w Warszawie.

Fundusz stypendjalny im. ś. p. prof. Radziwiłłowicza. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego gorąco popiera myśl inicjatorów utworzenia funduszu stypendjalnego im. ś p. prof. Rafała Radziwiłłowicza i przyjmuje na siebie rolę tymczasowego komitetu stypendjalnego.

Zarząd uprasza wszystkich pragnących się przyczynić do powstania powyższego funduszu o przesyłanie składek na ręce skarbnika Towarzystwa, d-ra Eugenjusza Wilczkowskiego (Warszawa, Marszałkowska 63 m 1, konto czekowe P. K. O. 6313).

Przy przesyłaniu ofiar należy określić cel powyższy i podać imię i nazwisko ofiarodawcy.

Sekretarz Zarządu
(—) D-r HANDELSMAN

Prezes Zarządu
(—) Prof. MAZURKIEWICZ

„Świt"—miesięcznik poświęcony walce z alkoholizmem, za miesiące styczeń i luty, przedstawia się bogato i zajmująco. Nasamprzód znajdujemy odezwę i komunikaty w sprawie Tygodnia Propagandy Trzeźwości oraz z imponującym wykazem organizacyj ogólnopolskich oraz diecezjalnych, biorących udział w Tygodniu wspomnianym. Niezmiernie ciekawie i pouczająco przedstawia się sprawozdanie z międzynarodowego kongresu w Monasterze oraz wykład delegata Polski, tamże wygłoszony. Dalsze artykuły o sposobach pracy abstynenckiej wśród młodzieży, o działalności poznańskiej i wiedeńskiej poradni przeciwalkoholowej, o kursach i zjazdach przeciwalkoholowych katolików duchownych i świeckich w kraju, o Złotej Księdze, o ilości koncesyj wódczanych w poszczególnych województwach, o ruchu zagranicznym w roku ub. stanowią istną kopalnię wiadomości, których żadne inne czasopismo przeciwalkoholowe w Polsce nie podaje w takiej obfitości. — Mimoto przedpłata kwartalna wynosi zaledwie 1.50 zł. To też każdy inteligent, szczery zwolennik trzeźwości Polski, powinien takie czasopismo abonować, jeśli nie chce grzeszyć zacofaniem w tej ważnej

dziedzinie życia społecznego. Adres: Składnica Abstynencka Poznań Al. Marcinkowskiego 26.

„Przyjaciel Trzeźwości“ — kwartalnik dla krzewienia trzeźwości między ludem, zawiera w pierwszym numerze tegorocznym wielce urozmaicony materjał. Przemówienie gotowe do młodzieży, statystyka anormalnej młodzieży w Polsce, dane o ruchu oszczędnościowym, miła nowelka p. t. „Radość“, inna jeszcze rozprawka p. t. „Pij prędko, by tatuś nie widział“, wiadomości z kraju, komunikaty, kronika pijacka — składają się na numer noworoczny. — Przedpłata roczna wynosi zaledwnie 0,75 zł. Wystarczy adresować przy zamawianiu: Składnica Abstynencka Poznań.

Komitet Organizacyjny X. Zjazdu Psychjatrów Polskich w Łodzi (z Kochanówką i Wartą). Komitet Organizacyjny X. Zjazdu Psychjatrów Polskich w Łodzi uprzejmie prosi Szanownych Kolegów o łaskawe zaszczycenie swą obecnością Zjazdu, który odbędzie się w Łodzi na Zielone Świątki 7, 8 i 9 czerwca r. b.

Otwarcie Zjazdu nastąpi dnia 7 czerwca o godzinie 10.30 w Sali Rady Miejskiej m. Łodzi (Pomorska 16) z następującym porządkiem dziennym:

Prof. J. Mazurkiewicz (Warszawa): — Wspomnienie o ś. p. Radziwiłłowiczu.

1. Prof. S. Borowiecki (Poznań): — Dziedziczenie u alkoholików.
2. Doc. M. Zieliński (Kraków): — Konstytucja i alkoholizm.
3. F. Wichert (Warszawa): — Histopatologja układu nerwowego ośrodkowego w alkoholizmie.
4. Doc. M. Rose (Warszawa): — Zmiany architektoniczne mózgu w alkoholizmie.
5. Prof. Modrakowski (Warszawa): Farmakologiczne i toksykologiczne działanie alkoholu.
6. Sew. Sterling (Łódź): — Alkoholizm z punktu widzenia patologji ogólnej.
7. Prof. J. Piltz (Kraków): — Alkohol w patologji chorób psychicznych.

Wieczorem bankiet.

II dzień 8. VI. w Kochanówce.

Przed poł.:

Wycieczka do budującego się żydowskiego szpitala psychjatrycznego w Radogoszczu.

1. Al. Piotrowski (Dziekanka): Leczenie zakładowe alkoholików.
2. T. Dresz (Tworki): — Leczenie pozazakładowe alkoholików.
3. Prof. W. Grzywo-Dąbrowski (Warszawa): — Kryminologja alkoholików.
4. Płk. J. Nelken (Warszawa): — Sądowo-psychjatryczne znaczenie alkoholizmu.
5. S. Skalski (Łódź): Temat społeczny (zastrzeżony).

Po poł.:

Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

Wieczorem teatr.

III. dzień w Warcie.

Wyjazd z Łodzi autobusami, po drodze zwiedzanie kolonji dla psychicznie chorych w Glinnem.

Luźne odczyty.

Komitet Organizacyjny prosi o wcześniejsze zgłoszenie uczestnictwa celem umożliwienia zarezerwowania miejsca w hotelu, ew. bezpłatnego mieszkania prywatnego.

Opłata za hotel wynosi: od zł 6.— do 15.— za dobę.

Opłata za uczestnictwo w Zjeździe: od członków zł. 20.—
od osób towarzyszących zł. 10.—

Zgłoszenia i opłaty należy nadsyłać do dnia 1 czerwca 1930 r. pod adresem;

Łódz — Komitet Organizacyjny X. Zjazdu Psychjatrów Polskich w Łodzi, Szpital Kochanówka, poczta Łódź.

Wykaz odczytów luźnych zgłoszonych na Zjazd.

I dzień 7. VI. 1930.

Brunowa (Warszawa): Zestawienie statystyczne alkoholików kliniki psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Gawroński (Dziekanka): Alkoholizm u dziatwy i młodzieży, a szkoła.

Wirszubski (Wilno): Alkoholizm u żydów.

Przyjęcie uczestników Zjazdu przez Komitet Organizacyjny.

Obrady popołudniowe w I-ym dniu Zjazdu rozpoczynają się o godz. 16 i odbywają się w Sali Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego, Ewangielicka 9.

II dzień 8. VI. w Kochanówce.

S. Skalski (Łódź); Rola lekarza w walce z alkoholizmem.

Mikulski, Neczaj Hruzewicz (Warszawa): Dwa lata pracy w przychodni przeciwalkoholowej.

Markuszewicz (Warszawa): Rola popędu samozachowawczego w walce z alkoholizmem.

Podwiński (Wilno): Sylwetki alkoholików.

III dzień 9. VI w Warcie.

Godz. 7-ma rano wyjazd autobusami z Placu Wolności, po drodze zwiedzenie kolonji dla psychicznie chorych w Glinnem.

« 8 ma rano wyjazd z Placu Wolności autobusami dla osób nie życzących sobie zwiedzić kolonji.

Odczyty w Warcie:

Becker (Otwock): Kwestja gruźlicy w Zakładzie Psychjatrycznym.

Łuniewski (Tworki): *Ostre upicie in lege ferenda.*

Czas wygłaszania referatów 30 minut
„ „ odczytów 20 „
Udział w dyskusji 5 „

Varia.

W dn. 12-go i 13-go kwietnia 1930 nastąpiło zakończenie kursów państwowych w Dziekance z pielęgniarstwa psychjatrycznego egzaminem pod przewodnictwem delegata Rządu, inspektora-lekarza Województwa Poznańskiego Dr. Żmigroda z Poznania. Do komisji egzaminacyjnej należeli: dyrektor Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski oraz pp. Dr. Dr. Wilczyński, Świerczek, Gorzkowski z Dziekanki.

Do egzaminu stanęło 30 kandydatów (14 mężczyzn i 16 kobiet, 18 osób z Dziekanki, 12 z Owińsk). Wszyscy egzaminowani zdali egzamin, mianowicie 14 osób z wynikiem „bardzo dobrym“, 16 z wynikiem „dobrym“.

✝

Ś. p.

Dr. med.

Jan Roman Wołowiec

Dnia 21. maja 1930. r. zmarł po krótkiej chorobie wskutek ostrej niedomogi mięśnia sercowego Dr. Jan Roman Wołowiec — lekarz-asystent Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance. Urodzony 23. maja 1903 r. w Brzosku, powiat Pilzno, zmarły ukończył szkołę średnią w Tarnowie.

Zapisany na wydział lekarski U. Jana Kazimierza w Lwowie, uzyskał tam dyplom lekarza 28. czerwca 1929 r.

Po kilkumiesięcznej pracy lekarskiej w Domu Zdrowia w Bystrej na Śląsku, wstąpił do służby w Zakładzie Dziekanka 1.IV. 1930 r., zyskując sobie w krótkim czasie swemi zaletami charakteru ogólną sympatję współtowarzyszy pracy i licznej rzeszy pacjentów.

Zmarł w kwiecie wieku, pełniąc służbę do ostatniego dnia; pozostawia po sobie pamięć serdecznego i uczynnego kolegi.

Lekarze Dziekanki.